UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 82

A propos du Colibacille Entero-Toxique

Trois ans d'Expérience dans la Clinique Médicale Infantile de Toulouse (Professeur SOREL)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

ODILE PÉRÉ-VERGNE

Membres du Jury

MM.	SOREL	Président
	Mme ENJALBERT	Assesseurs
	BARDIER	
	BOUISSOU	
	PASQUIE	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN : Monsieur LAZORTHES
ASSESSEUR : Monsieur DELAS
DOYENS HONORAIRES : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER
PROFESSEURS HONORAIRES : Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL
Clinique médicale	GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique	RISER
Clinique obstétricale	GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT E.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER
Anatomie	LAZORTHES
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Médecine sociale	BOUNHOURE
Parasitologie	BOUISSET
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physico-chimie	AUVERGNAT
Physiologie	SOULA
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Propédeutique Médicale	GERAUD
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE
Bactériologie	MmeENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. LAPORTE Y.
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	M. BOUISSOU
Histologie et embryologie	PLANEL
Parasitologie	RUFFIE J.
Physiologie	MONTASTRUC

A G R E G E S

Pathologie médicale	M. MONNIER
	RIBAUT
	DELAUDE
	CALAZEL
Pathologie chirurgicale	M. ENJALBERT
	FICAT
	PASQUIE
	SOUQUET
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Odontostomatologie	CADENAT H.
Pédiatrie	BARDIER
Rhumatologie	RUFFIE R.

A G R E G E S L I B R E S

Anatomie	M. THOMAS
Ophtalmologie	DEODATTI
O.R.L.	CLAUX
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Histoire naturelle	DELAS
Matière médicale	VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique	STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Melle MEYNIER
	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	M. BREUILLAUD
Sciences physiques	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE
Secrétaire	Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 82

A propos du Colibacille Entero-Toxique

Trois ans d'Expérience dans la Clinique Médicale Infantile de Toulouse (Professeur SOREL)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

ODILE PÉRÉ-VERGNE

Membres du Jury	MM.	SOREL	Président
		Mme ENJALBERT	
		BARDIER	Assesseurs
		BOUISSOU	
		PASQUIE	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A propos du Colibacille Entero-Toxique

Trois ans d'Expérience dans la
Clinique Médicale Infantile de Toulouse
(Professeur SOREL)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0034

A mes grands-pères

A mes parents

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A mon mari et à ma fille

A mes frère et soeurs

A tous les miens

A mes amis

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur SOREL

Professeur de Clinique Médicale
Infantile et de Puériculture
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre Jury de Thèse.

Nous tenons à le remercier pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a accueillie dans son service et acceptée comme élève.

Nous avons apprécié auprès de lui la valeur d'un sens clinique rigoureux associé à de hautes qualités humaines.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THESE

Madame le Professeur L. ENJALBERT
Professeur Agrégé de Bactériologie

Son accueil bienveillant et ses précieux conseils nous ont beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail. Elle a bien voulu nous faire l'honneur de nous juger.
Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur BARDIER
Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail.
Au cours de nos différents stages à la clinique médicale infantile nous avons pu apprécier les brillantes qualités de son enseignement théorique et pratique.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur BOUISSOU
Maître de Conférences
Agrégé d'Anatomie Pathologique

Nous avons été heureux de bénéficier de son enseignement à la faculté.
Il est pour nous un exemple sur le plan humain et sur celui de la rigueur scientifique.
Nous le remercions d'avoir bien voulu participer à notre Jury de Thèse.

Monsieur le Professeur PASQUIE
Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale

Il a bien voulu accepter de nous juger ; nous tenons à l'assurer de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur POULHES

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier tant à la Faculté qu'à l'Hôpital et pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner au cours de nos études.

A Monsieur le Docteur BRODEUR

Médecin Chef du Service de Pédiatrie à
l'Hôpital de Montauban

Nous le remercions pour le cordial accueil qu'il nous a réservé dans son service.
Son sens clinique a été pour nous un exemple.

A Monsieur le Docteur REGNIER

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique Médicale Infantile

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail.
Qu'il veuille bien trouver ici nos sincères remerciements.

I N T R O D U C T I O N

A propos d'une épidémie de gastro-entérite aiguë à colibacilles entéro-toxiques, une étude approfondie a été faite il y a trois ans dans la clinique médicale infantile de Toulouse (Professeur SOREL).

L'apparition d'antibiotiques nouveaux (Polymixine et Colimycine) à la fin de cette épidémie avait permis de redresser une situation souvent catastrophique.

Depuis cette date on a souvent relevé de façon endémo-épidémique des cas pathologiques dus aux colibacilles entéro-toxiques dans le service mais le pronostic de ces affections a totalement changé.

Notre travail, qui se veut essentiellement pratique, se propose - en tenant compte des travaux et publications récents et de notre expérience personnelle - de faire le point sur ce même sujet.

P L A N

1 - INTRODUCTION

2 - HISTORIQUE

3 - RESUME DES OBSERVATIONS

4 - COMMENTAIRES
- ASPECTS CLINIQUES
  - des formes primitives
  - des formes secondaires
- A PROPOS DE L'EVOLUTION
- CONTAGIOSITE DU COLIBACILLE ENTERO-TOXIQUE
- LES PORTEURS DE GERMES
- LOCALISATIONS EXTRA-INTESTINALES DU COLIBACILLE TOXIQUE
- ETUDE THERAPEUTIQUE

5 - CONCLUSIONS

6 - BIBLIOGRAPHIE

H I S T O R I Q U E

PLACE DE L'INFECTION ENTERALE DANS LES GASTRO-ENTERITES INFANTILES -

Au début du siècle l'influence de l'ère pasteurienne et l'observation courante de la rareté des gastro-entérites chez les enfants nourris au sein, amènent à penser que toutes les gastro-entérites des nourrissons sont dues à des causes microbiennes. On pense alors qu'une bonne hygiène, une stérilisation parfaite du lait amèneront la disparition de cette maladie.

Mais les progrès certains faits dans ce domaine n'amenèrent que peu d'améliorations ; de plus, à cette époque, les travaux anatomo pathologiques montrèrent que très souvent ces gastro-entérites étaient dues à des affections méconnues du cavum et de l'oreille. On en arriva à la conclusion que la majorité des gastro-entérites infantiles étaient de causes parentérales.

S'il est certain que de nos jours il faut faire une grande place à cette étiologie des gastro-entérites du nourrisson et ne pas la méconnaître, il faut cependant faire une place au moins égale aux causes entérales.

PLACE DU COLIBACILLE TOXIQUE DANS LES INFECTIONS ENTERALES -

Une multitude de germes peuvent être à l'origine de ces affections. Parmi les plus fréquemment rencontrés citons les Salmonella, les Shigella, les Proteus, les Entérocoques, les Staphylocoques et certains types de Colibacilles. Les progrès de la bactériologie, la pratique plus fréquente de coproculture, ont donné une place prépondérante aux infections entérales par colibacilles entérotoxiques responsables d'épidémies de gastro-entérites souvent redoutables dans les collectivités de nourrissons (Crèches, pouponnières).

LA NOTION DE COLIBACILLE TOXIQUE -

La première mention de la toxicité du colibacille remonte au début du siècle et sert de base à la "Colithéorie" proposée par PLATENGA en 1917 : la propagation de germes intestinaux vers le jéjunum et le duodénum normalement stérile, provoquerait des fermentations et des modifications de la perméabilité capillaire entraînant un passage dans la circulation de toxines colibacillaires.

C'est ADAM qui, le premier, eut l'idée de variétés spéciales de colibacilles ; il isola, en 1923, certaines souches par leurs propriétés biochimiques (sacharolyse), souches qu'il retrouvait systématiquement et presque exclusivement lors d'épidémies de gastro-entérites infantiles.

En partant de cette idée du rôle pathogène de certaines souches de colibacilles et avec les progrès de la bactériologie utilisant la méthode sérologique, de nombreux auteurs de 1933 à 1944 isolèrent un type sérologique homogène de colibacilles.

En 1945, BRAY décrit, lui aussi, une souche sérologique homogène : Bactérium Coli Néapolitanum (ou Escherichia Coli O : 111 B4).

De nouveaux types furent identifiés ensuite :

- En 1947 E. Coli O : 55 B5
- En 1951 E. Coli O : 26 B6

F. KAUFFMAN en 1947 établit une classification basée sur les caractères des antigènes O, K, H au congrès de microbiologie de Copenhague. Cette classification sérologique des colibacilles est actuellement admise par tous les auteurs.

Ultérieurement furent isolées différentes souches.

En 1952, NICOLLE propose la lysotypie ou "Phagetyping". Cette méthode permet de reconnaître, dans chaque sérotype, différents lysotypes, ce qui permet de serrer de beaucoup plus près le problème de l'épidémiologie du colibacille entéro-toxique.

LES DIVERSES ETAPES DU TRAITEMENT DES GASTRO-ENTERITES A COLIBACILLES ENTERO-TOXIQUES -

La découverte des sulfamides suscita beaucoup d'espoirs dans le traitement des colibacilles pathogènes mais peu à peu on vit s'établir une résistance de plus en plus grande ; ceux-ci devenant très souvent, pratiquement inactifs.

Les mêmes complications se reproduisirent successivement avec différents antibiotiques : Streptomycine, Chloramphénicol, Auréomycine.

La découverte de la Néomycine marqua une date dans la lutte contre le colibacille toxique, mais là encore beaucoup de souches devinrent résistantes (Surtout parmi les E. Coli O : 111 B4).

C'est à cette époque que se situe l'épidémie que nous avons eue de Janvier à Mai 1956 dans la clinique médicale infantile de Toulouse. L'emploi de nouveaux antibiotiques (Polymyxine et Colimycine) vint renforcer et grandement améliorer nos moyens de lutte, en transformant le pronostic de ces affections à colibacilles toxiques.

R E S U M E D E S O B S E R V A T I O N S

Nous rapporterons 172 cas de nourrissons contaminés par des colibacilles entéro-toxiques, de Juillet 1958 à Mars 1961. Nous les classerons comme suit :

CAS PRIMITIFS
(57 Observations)

Dès l'entrée, la coproculture systématique a mis en évidence un colibacille toxique. Nous répartirons ces observations en quatre groupes d'après le type sérologique du colibacille trouvé à l'examen bactériologique.

CAS SECONDAIRES
(115 Observations)

Cette partie rendra compte des cas dus à une contamination intrahospitalière, presque toujours vérifiée bactériologiquement (coproculture négative à l'entrée), probable dans les autres cas ; il s'agit la plupart du temps de colibacilles 111 B4. Nous y inclurons les réhospitalisations presque immédiates d'enfants, sortis quelques jours auparavant du service, avec coproculture négative pendant leur premier séjour et contimation vraisemblable à ce moment.

Nous réserverons une place particulière à une épidémie assez brève survenue dans le centre des prématurés.

PLUSIEURS POINTS SONT A PRECISER :

D'après leur gravité nous avons classé les gastro-entérites infantiles en trois catégories :

- Gastro-entérites banales
- Etat prétoxique par G.E.
- Etats toxiques sévères par G.E.

Pour la clarté de notre exposé, nous avons volontairement supprimé du résumé de nos observations les divers

traitements ne concernant pas le colibacille toxique, en rappelant que les affections concomittantes ont été traitées, suivant les cas, par les antibiotiques suivants : Chloramphénicol, Tétracyclines, Pénicilline, Streptomycine, etc....

Nous passerons de même sous silence les prescriptions diététiques habituelles et les détails des réhydratations.

Seules les complications évolutives seront notées dans ces observations. L'absence de notifications de celles-ci impliquent une évolution très rapidement satisfaisante, avec disparition des signes digestifs, alimentation normale par voie buccale et reprise pondérale définitive.

CAS PRIMITIFS

I° - Coproculture positive au colibacille 111 B4 dès l'hospitalisation.

1 - V. Sylviane 1 mois. Hospitalisée le 30/7/1958 pour état toxique par G.E. En cours d'hospitalisation : abcès du sein. T : réhydratation I.V., néomycine 4 jours, colimycine 6 jours. Une 2ème coproculture le 4ème jour est négative.

2 - S. Brigitte 5 mois 1/2. Hospitalisée le 27/8/1958 pour état toxique par G.E. En cours d'hospitalisation, petit syndrome hémorragique. T : réhydratation I.V., néomycine 4 jours. Une 2ème coproculture le 5ème jour est négative.

3 - B. Nadine 3 mois. Hospitalisée le 20/9/1958 pour état toxique par G.E. Le 1er prélèvement montre un colibacille 111 B4 douteux. T : réhydratation I.V., néomycine 4 jours. Une 2ème coproculture le 2ème jour est négative.

4 - L. Patrick 2 mois. Hospitalisé le 26/8/1958 pour état toxique gravissime par G.E. ; déséquilibre hydroélectrique, hypoprotidémie. T : réhydratation I.V., colimycine 6 jours. Pas d'autre coproculture. Décédée (syndrome hémorragique diffus, sclérème généralisé).

5 - S. Serge 4 mois. Hospitalisé le 20/10/1958 pour état toxique par G.E. et otite. 5 jours après le début de l'hospitalisation : antrotomie suivie d'un syndrome hémorragique. T : réhydratation I.V., colimycine 9 jours. Une 2ème coproculture le 7ème jour est négative.

6 - L. Solange 3 mois. Hospitalisée le 19/10/1958 pour état toxique par G.E. (vomissements+). En cours d'hospitalisation otite bilatérale. Du C 111 B4 fut trouvé dans les selles et dans la gorge. T : réhydratation I.V. ; colimycine 21 jours, néomycine 4 jours. Le 6ème jour les prélèvements sont négatifs.

7 - B. Félix 2 mois. Hospitalisé le 14/11/1958 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++) T : réhydratation I.V., néomycine 4 jours, ganidan 3 jours, colimycine 16 jours. Une 1ère coproculture le 4ème jour est positive. Négativation le 13ème jour.

8 - S. André 2 mois. Hospitalisé le 2/1/1959 pour état toxique par G.E. (diarrhée +) T : réhydratation I.V., colimycine 22 jours. Une 2ème coproculture le 6ème jour est négative.

9 - D. Marie 3 mois. Hospitalisée le 8/1/1959 pour état prétoxique par G.E. (vomissements +) T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 7 j. Du C 111 B4 a été trouvé dans les selles et dans la gorge à l'entrée. Le 7ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

10 - B. Kiboudje 3 mois. Hospitalisé le 25/1/59 pour état toxique par G.E. et otite. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 9 j. Un 2ème prélèvement le 5ème j. est négatif.

11 - B. Patrick 1 mois. Hospitalisé le 31/1/59 pour état toxique par G.E aiguë. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 7 j. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée.

12 - A.M. France 2 mois 1/2. Hospitalisée le 16/5/1959 pour état toxique par G.E. (avant l'hospitalisation état prétoxique sans signes digestifs avec C 111 B4 dans les selles). T : réhydratation sous cutanée, néomycine 4 j., colimycine 5 j., ganidan 4 j., polymyxine 10 j. Le 5ème j. un prélèvement est négatif.

13 - S. Yves 2 mois. Hospitalisé le 28/6/59 pour état prétoxique par G.E T : réhydratation I.V. Néomycine 4 j. Une 2ème coproculture le 8ème j. est négative.

14 - C. Brigitte 28 mois. Hospitalisée le 12/6/59 pour G.E. et otite bilatérale (vomissements ++). T : néomycine 7 j. Le 6ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

15 - S.M. Hélène 6 mois 1/2. Hospitalisée le 8/9/59 pour état prétoxique par G.E. (diarrhée ++). Selles hémorragiques. T : réhydratation sous cutanée, néomycine 4 j. polymyxine 7 j. Le 5e j. un 2ème prélèvement est positif ; les selles sont négativées le 10ème j.

16 - L. Simone 1 mois. Hospitalisée le 9/9/59 pour état prétoxique par G.E. (diarrhée ++). Muguet très important. T : réhydratation sous cutanée, néomycine 4 j., ganidan 4 j., polymyxine 7 j. Un 2ème et un 3ème prélèvement les 8ème et 12ème jours sont positifs.

17 - M. Hugues 6 mois. Hospitalisé le 8/10/59 pour G.E. T : réhydratation sous cutanée, néomycine 4 j., ganidan 5 j. A l'entrée du colibacille 111 B 4 a été trouvé dans la gorge. Pas d'autre culture.

18 - G. Josiane 3 mois. Hospitalisée le 21/10/59 pour état toxique par G.E. Les vomissements, qui avaient persisté, disparaissent progressivement. 18 j. après le début de l'hospitalisation, rechute de l'état toxique (vomissements ++) sans colibacilles toxiques. T : réhydratation intraveineuse, néomycine 4 j. La rechute fut traitée par : réhydratation I.V., colimycine 8 j. Le 5ème et le 8ème j. des prélèvements sont positif. Un 4ème prélèvement le 14ème j. est négatif.

19 - G. Wilfield 3 mois. Hospitalisé le 3/12/59 pour état toxique avec bronchite, otite, G.E. Hospitalisation prolongée par la survenue d'une staphylococcie. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 5 j., ganidan 4 j., néomycine 4 j. 1 prélèvement est positif le 4ème jour, un 3ème prélèvement le 14ème jour est négatif.

20 - C. Viviane 15 j. Hospitalisée le 20/12/59 pour état toxique par G.E. (vomissements +). Otite. T : réhydratation I.V., colimycine 4 j., ganidan 7 j., puis colimycine 6 j., néomycine 4 j. Un 2ème prélèvement le 8ème j. est négatif.

21 - A. Francis 10 mois. Hospitalisé le 12/2/60 pour G.E. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j. Le 3ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

22 - P.M. Christine 20 j. Hospitalisée le 11/4/60 pour état toxique par G.E. (vomissements ++), hémorragies intestinales. Amélioration mais pas guérison. 12 j. après le début de l'hospitalisation, nouvelle épisode de G.E. avec état prétoxique. . T : réhydratation I.V., néomycine 4 j. puis colimycine 7 j., ganidan 5 j. T de la rechute : réhydratation I.V., polymyxine 7 j., kamycine 7 j. Un prélèvement le 4ème j. est positif, le 3ème prélèvement le 9ème j. est négatif.

23 - A. Amar 1 mois 1/2. Hospitalisé le 13/12/60 pour pneumopathie aiguë. Anorexie récente. T : polymyxine 15 j., ganidan 2 cures de 6 j. Une 2ème coproculture le 3ème j. est négative.

24 - P. Emile 11 mois. Hospitalisé le 21/6/60 pour diarrhée banale depuis 2 mois. 10 j. après le début de l'hospitalisation : diarrhée. T : colimycine 14 j., ganidan 7 j. Un 2ème prélèvement le 3ème j. est négatif. Le 11ème j. un 5ème prélèvement est positif, il se négative le 14ème j. (6ème prélèvement).

25 - C.J. Pierre 2 mois 1/2. Hospitalisé le 17/7/60 pour G.E. (précédemment état toxique par G.E. sans colibacille toxique). T : colimycine 10 j., ganidan 6 j., polymyxine 8 j. Une 2ème coproculture le 3ème j. est négative.

26 - G. Philippe 1 mois 1/2. Hospitalisé le 24/8/60 pour état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., ganidan 10 j., colimycine 8 j., puis polymyxine. Le 4ème j. un 2ème prélèvement est positif. Le 7ème j. un 3ème est négatif.

27 - L. André 7 mois. Hospitalisé le 18/7/60 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++). Purpura. A subi 4 j. avant l'hospitalisation une opération (hernie inguinale). T : réhydratation I.V., colimycine 8 j., ganidan 6 j. puis néomycine 4 j. polymyxine 9 j. Les 5ème et 7ème j. un 2ème et un 3ème prélèvement sont positifs. Le 10ème j. un 4ème prélèvement est négatif.

28 - M. Christian 6 mois. Hospitalisé le 18/7/60 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++). Précédemment hospitalisé en chirurgie infantile pour bec de lièvre. Dans les jours suivants le début de l'hospitalisation : plusieurs états de choc, puis amélioration progressive. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., ganidan 4 j. Le 9ème j. on ajoute de la propiocine 10 j. A l'entrée le C 111 B 4 a été retrouvé dans les selles et dans la gorge. Le 7ème j. un 2ème prélèvement est positif dans les selles. Un 3ème prélèvement le 10ème j. est négatif.

29 - R. Henri 10 mois. Hospitalisé le 11/12/60 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++) avec otite et pneumopathie. T : réhydratation I.V., colimycine 11 j., ganidan 6 j. A l'entrée un prélèvement pharyngé et une coproculture sont positifs. Le 4ème j. les prélèvements sont négatifs.

30 - L. Yannick 3 mois. Hospitalisé le 19/1/61 pour G.E. et pneumopathie. T : réhydratation I.V., colimycine 14 j. Un 2ème prélèvement le 2ème j. est négatif.

31 - F. Joseph 1 mois. Hospitalisé le 21/1/61 pour état prétoxique par G.E. (ancien prématuré). T : réhydratation I.V., ganidan 5 j., colimycine 17 j. Une 2ème coproculture le 8ème j. est négative.

2° - Coproculture positive au colibacille 55 B 5 dès l'hospitalisation.

32 - G. Lucienne 2 mois. Hospitalisée le 14/6/58 pour des vomissements. T diététique. Le 1er et le 4ème j. les coprocultures sont positives.

33 - N. Monique 2 mois. Hospitalisée le 13/10/58 pour état toxique avec otite bilatérale. Pas de signes digestifs. 7 j. après le début de l'hospitalisation : otite. 2 j. après : antrotomie. T : réhydratation I.V., colimycine 16 j. Une 2ème coproculture le 5ème j. est négative.

34 - C. Eric 15 jours. Hospitalisé le 27/2/59 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++) Otite. En cours d'hospitalisation : abcès de la jambe. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 6 j. A l'entrée le colibacille toxique avait été trouvé dans les selles et dans la gorge. Le 6ème j. coproculture et prélèvement pharyngé sont négatifs.

35 - P. Roseline 1 mois 1/2. Hospitalisée le 11/3/59 pour dyskinésie gastrique. T : érythromycine 5 j. Le 5ème j. une coproculture est négative.

36 - G. Chantal 7 mois. Hospitalisée le 7/7/59 pour G.E. T : néomycine 4 j. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée.

37 - T. André 2 mois 1/2. Hospitalisé le 15/8/59 pour G.E. 5 j. après le début de l'hospitalisation état toxique par pneumopathie aiguë. T : réhydratation I.V. A l'entrée un staphylocoque doré a été trouvé dans la gorge. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée. Décédé. (asystolie et syndrome hémorragique).

38 - G.A. Marie 1 mois. Hospitalisée le 12/5/60 pour état toxique gravissime par G.E. et pyélonéphrite. T : réhydratation I.V., colimycine 22 j., ganidan 6 j., furadoine 3 j. et de nouveau ganidan 6 j. Le 4ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

39 - G. Gabriel 11 mois. Hospitalisé le 28/8/60 pour état prétoxique par gastro entérite. T : réhydratation I.V., colimycine 7 j., ganidan 6 j. Une 2ème coproculture le 3ème j. est négative.

40 - R. Georges 3 mois. Hospitalisé le 6/11/60 pour état toxique par G.E. et otite. T : réhydratation I.V., colimycine 14 j., ganidan 6 j. Le 5ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

41 - B.M. Françoise 9 mois. Hospitalisée le 9/10/60 pour anémie. Déjà hospitalisée 2 mois avant pour le même motif ; sortie sur demande de la famille. Actuellement anémie, pyrexie et anorexie sans autre signe digestif. T : propiocine 19 j., colimycine 17 j. Le 7ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

42 - G. Pilar 15 mois. Hospitalisée le 18/11/60 pour état toxique par G.E. 9 j. après le début de l'hospitalisation G.E. T : réhydratation I.V., colimycine 9 j., ganidan 6 j. Le 9ème j. T : néomycine 4 j., propiocine 5 j. Une 2ème coproculture le 4ème j. est négative.

43 - L. Régis 21 mois. Hospitalisé le 9/1/61 pour G.E. (diarrhée ++) T : colimycine 8 j., ganidan 8 j. Le 7ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

3° - Coproculture positive au colibacille 26 B 6 dès l'hospitalisation.

44 - P. Monique 1 mois 1/2. Hospitalisée le 22/4/58 pour état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., néomycine 8 j. Avant l'entrée : C 26 B 6 douteux. A l'entrée C 111 B 4, le 5ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

45 - T. Martine 2 mois. Hospitalisée le 14/7/58 pour état prétoxique par G.E. T : néomycine 4 j., colimycine 7 j. Le 3ème j. un 2ème prélèvement est positif au C 111 B 4 mais négatif au 26 B 6. Le 5ème j. un 3ème prélèvement est encore positif au 111 B 4. Le 7ème j. un 4ème prélèvement est négatif.

46 - D.M. José 4 mois. Hospitalisée le 16/7/58 pour diarrhée fébrile. T : colimycine 6 j. Le 2ème j. un 2ème prélèvement est positif ; le 4ème j. un 3ème prélèvement est négatif au 26 B 6 mais est positif au C 111 B 4. Pas d'autres prélèvements.

47 - Pierre 1 mois. Hospitalisé le 16/1/59 pour état prétoxique avec quelques vomissements et otite. T : réhydratation sous cutanée, colimycine 9 j. Une 2ème coproculture le 4ème j. est négative.

48 - B. Gérard 8 jours. Hospitalisé le 2/3/59 pour état prétoxique par gastro entérite (diarrhée ++) T : réhydratation I.V. néomycine 4 j., colimycine 4 j. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée.

49 - G. Joël 20 mois. Hospitalisé le 7/4/59 pour G.E. T : néomycine 6 j., ganidan 6 j. Une 2ème coproculture le 5ème j. est négative.

50 - P. Vincent 2 mois. Hospitalisé le 14/8/59 pour état toxique par G.E. En cours d'hospitalisation début d'ostéomyélite. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j. Le 10ème j. T : colimycine 12 j. Une 2ème coproculture le 6ème j. est négative ; le 10ème j. une 3ème est positive au C 26 B 7; le 15ème j. un 4ème prélèvement est négatif.

51 - V.J. Marie 1 mois. Hospitalisée le 4/10/59 pour état toxique par G.E. chez un mongolien. 2 j. après le début de l'hospitalisation : pneumopathie aiguë. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée. Décédée.

52 - C. Catherine 2 mois. Hospitalisée le 9/7/60 pour état toxique par G.E. A plusieurs reprises rechutes de la diarrhée. T : réhydratation I.V., colimycine 17 j., ganidan 6 j., néomycine 4 j. Une 2ème coproculture le 7ème j. est négative.

53 - C. Didier 10 mois. Hospitalisé le 7/8/60 pour état toxique par gastro entérite. T : réhydratation I.V., colimycine 10 j., ganidan 6 j. Une 2ème coproculture le 3ème j. est négative.

4° - Coproculture positive au colibacille 86 B 7 dès l'hospitalisation.

54 - X. Brigitte 10 mois. Hospitalisée le 28/8/59 pour état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., ganidan 5 j. Une 2ème coproculture le 3ème jour est positive. Le 5ème j. un 3ème prélèvement est négatif.

55 - S. Patrice 2 mois. Hospitalisé le 25/8/59 pour état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 5 j., ganidan 5 j. Un 2ème prélèvement le 5ème j. est négatif.

56 - F. Viviane 3 mois. Hospitalisée le 3/10/59 pour état toxi-infectieux. Otite. Vomissements ++ . 13 j. après le début de l'hospitalisation état toxique par G.E. T : chloramphénicol 8 j., ganidan 6 j., le 13ème j., T : réhydratatiom I.V., néomycine 2 j. A l'entrée le C 86 B 7 avait été trouvé dans la gorge. Le 6ème j. un 2ème prélèvement est négatif au 86 B 7 mais positif au 111 B 4 dans les selles. Le 10ème j. un 3ème prélèvement est négatif.

57 - K. Stéphane 7 mois. Hospitalisé le 21/9/59 pour état toxique par gastro entérite. 9 j. après le début de l'hospitalisation nouvel état toxique par G.E. L'état toxique se prolonge. L'enfant quitte le service à la demande de sa famille. T : réhydratation intraveineuse. Le 9ème j. T : réhydratation I.V., polymyxine 3 j., puis néomycine 4 j. Le 3ème j. un 2ème prélèvement est négatif. Une 3ème coproculture le 9ème j. est positive au 111 B 4, le 11ème j. elle devient négative. Le 21ème j. elle est de nouveau positive au 111 B 4. Un 7ème prélèvement le 26 ème j. est négatif.

CAS SECONDAIRES

1° - Prématurés -

58 - M. Robert 1 jour. Hospitalisé le 31/7/60, 1,080 Kilo. A l'entrée troubles respiratoires, maladie hémorragique. A 20 j. : ictère. A 1 mois : état prétoxique par G.E., T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 4 j., ganidan 5 j. Un prélèvement fait au début de la G.E. montre un colibacille 111 B 4. Pas d'autre prélèvement. Décédé (hémorragie).

59 - C. Marguerite 4 jours. Hospitalisée le 25/7/60, 1,900 Kilo. Ictère hémolytique, puis staphylococcie pulmonaire probable. A 1 mois 1/2 G.E. Ultérieurement rechute de la staphylococcie. T : réhydratation sous cutanée, ganidan et colimycine 10 j. Au début de la G.E. un prélèvement met en évidence du C 111 B 4. 6 j. après, un 2ème prélèvement est négatif.

60 - G. Martine 1 jour. Hospitalisée le 2/8/60, 1,280 Kilo. Troubles respiratoires. A 5 semaines G.E. T : réhydratation sous cutanée, colimycine et ganidan 13 j. A l'entrée un prélèvement avait été négatif. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement a mis en évidence du C 111 B 4. 3 j. après un 3ème prélèvement est négatif.

61 - B. Thierry 1 jour. Hospitalisé le 31/7/60, 1,240 kilo. A un mois G.E. ; T : ganidan 3 j., néomycine 13 j., colimycine 9 j. La veille de la G.E. un 1er prélèvement a été négatif. 6 j. après le début du traitement un prélèvement met en évidence du C 111 B 4. 7 j. après un 3ème prélèvement est négatif.

62 - C. Bruno 1 jour. Hospitalisé le 4/8/60, 2,050 Kilo. Ictère physiologique. A 5 semaines G.E., T : colimycine et ganidan 8 j. A l'entrée un 1er prélèvement était négatif. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement met en évidence du C 111 B 4 ; 6 j. après un 3ème prélèvement est négatif.

63 - B. Brigitte 1 jour. Hospitalisée le 25/8/60, 2,170 Kilo. Pas de signes digestifs. T : Le 11ème j. de l'hospitalisation traitement préventif : colimycine et ganidan 8 j. Après un j. d'arrêt d'antibiotiques, un prélèvement ayant mis en évidence du C 111 B 4, T : colimycine et ganidan 10 j. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Le 19ème j. une 3ème coproculture a été positive au C 111 B 4, 8 j. après une 4ème coproculture est négative.

64 - B. Didier 1 jour. Hospitalisé le 25/8/60, 1,820 Kilo. Le 11ème j. de l'hospitalisation, début de G.E. ; T : néomycine 4 j., ganidan et colimycine 8 j. A l'entrée une 1ère coproculture a été négative. Le 11ème j. une 2ème coproculture met en évidence un colibacille suspect, 20 j. après un autre prélèvement est négatif.

65 - L. Christian 3 jours. Hospitalisé le 2/9/60, 2,100 Kilo. Ictère physiologique. Le 3ème j. de l'hospitalisation, G.E. (diarrhée ++). Le 29j. début de G.E. T : le 3ème j. de l'hospitalisation : néomycine 4 j., colimycine 8 j. et ganidan 10 j. Le 14ème j. : colimycine et ganidan 10 j. Le 31ème j. colimycine et talidine 10 j. A l'entrée une 1ère coproculture est négative. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement met en évidence du C 111 B 4. Le 13ème j. un 3ème prélèvement est encore positif au C 111 B 4. Le 21ème j. il devient négatif. Le 29ème j. une 5ème coproculture est encore positive du C 111 B 4. Pas d'autre prélèvement.

66 - F. Françoise 2 jours. Hospitalisée le 19/8/60, 1,500 Kilo. Ictère physiologique ; troubles respiratoires. Le 18ème j. de l'hospitalisation G.E. (vomissements +) T : colimycine et ganidan 12 j. A l'entrée une 1ère coproculture a été négative. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement est positif au C 111 B 4. 6 j. après il est négatif.

67 - L. Christian 1 jour. Hospitalisé le 23/6/60, 1,520 Kilo. Encéphalopathie. A 2 mois état prétoxique par G.E., à 2 mois 1/2 pyrexie importante isolée. A 3 mois staphylococcie cutanée. T : à 2 mois réhydratation I.V., ganidan, colimycine 11 j. A 2 mois 1/2 ganidan, colimycine 10 j. A l'entrée un 1er prélèvement était négatif. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement a été aussi négatif. A 2 mois 1/2 une 3ème coproculture est positive au C 111 B4, 8 j. après elle devient négative. Décédée (staphylococcie)

68 - D. Elisabeth 1 jour. Hospitalisée le 18/7/60, 1,485 Kilo. Ictère physiologique. Le 51ème j. après l'hospitalisation début de G.E. T : colimycine, ganidan 13 j. Une 1ère coproculture à l'entrée a été négative. Au moment de la G.E. elle est positive au C 111 B 4. 10 j. après une 3ème coproculture est négative.

69 - T.M. Pierre. Hospitalisée le 12/7/60 convulsions. Le 12ème j. de l'hospitalisation : staphylococcie. Un mois 1/2 après le début de l'hospitalisation, diarrhée fébrile. T : réhydratation sous-cutanée, colimycine et ganidan 13 j. A l'entrée une 1ère coproculture a été négative. Au moment de la diarrhée un 2ème prélèvement est positif. 9 j. après il est négatif.

70 - G. Christian 1 jour. Hospitalisé le 24/8/60, 1,980 Kilo. Ictère physiologique. Le 9ème j. : G.E. ; T : ganidan 12 j., néomycine 5 j., colimycine 8 j. A l'entrée un 1er prélèvement est négatif. Au moment de la G.E. un 2ème prélèvement est positif, 9 j. après un 3ème prélèvement est négatif.

71 - C.M. José 1 jour. Hospitalisée le 2/9/60, 2,290 Kilo. Début de diarrhée le 8ème j. de l'hospitalisation. T : colimycine, ganidan 9 j. A l'entrée une 1ère coproculture a été négative. Le 9ème j. elle est positive au C 111 B 4. Pas d'autre prélèvement.

2° - Nourrissons -

72 - R. Daniel 1 jour. Hospitalisé le 21/6/58 pour ictère par incompatibilité sanguine foeto-maternelle. Evolution très favorable après exanguino-transfusion. Le 13ème j. de l'hospitalisation état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., colimycine 9 j. Pas de prélèvement à l'entrée. 4 j. avant la G.E. une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. Une 2ème coproculture est négative 2 j. après le début du traitement.

73 - D. Francis 25 j. Hospitalisé le 1/7/58 pour pyocéphalie bloquée. Bloquage intermittent. Le 10ème j. de l'hospitalisation état toxique. T : colimycine 10 j. Une coproculture faite le 1er j. de l'état toxique met en évidence du C 111 B 4. 5 j. après le début du traitement, une coproculture est encore positive. Par la suite pas d'autre coproculture. Décédé.

74 - M. Didier 1 mois 1/2. Hospitalisé précédemment pour état toxique par G.E., sortie en bon état général. Réhospitalisé le 31/7/58, 11 j. plus tard, pour G.E. avec muguet. T : néomycine 4 j., colimycine 5 j. Coproculture le j. de la réhospitalisation : C 111 B 4. Une 2ème coproculture 7 j. plus tard est négative.

75 - M. Jasmine 4 mois. Hospitalisée pour état prétoxique. Sclérème des mains et des pieds. 2 rechutes de l'état prétoxique par G.E. T : réhydratation I.V., ganidan et colimycine 7 j. De nouveau réhydratation I.V., ganidan et colimycine 7 j. A l'entrée un 1er prélèvement était négatif. Les 8ème et 17ème j. un 2ème et un 4ème prélèvement mettent en évidence du C 111 B 4. Les 13ème et 21ème j. une 3ème et une 5ème coproculture sont négatives.

76 - G. Manuel 5 mois. Hospitalisé précédemment pour état toxique par G.E., réhospitalisé 6 j. plus tard le 29/8/58 pour G.E. (diarrhée ++) T : néomycine 4 j., colimycine 6 j. Au moment de la réhospitalisation une 1ère coproculture est positive. Le 4ème j. une 2ème est négative.

77 - B. Sylviane 1 mois. Hospitalisée le 21/5/58 pour céphale-hématome. Secondairement méningite. Le 45ème j. de l'hospitalisation état toxique et rechute de la méningite. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 11 j. A l'entrée pas de coproculture. Au moment de l'état toxique un 1er prélèvement met en évidence du C 111 B 4. 5 j. après un 2ème prélèvement est négatif. Décédé ultérieurement d'hydrocéphalie aiguë.

78 - V. Gilbert 1 mois. Hospitalisé le 31/8/58 pour convalescence d'hernie diaphragmatique opérée. Pas de signe digestif. Pas de traitement. A l'entrée, un 1er prélèvement est négatif. 2 j. avant la sortie une 2ème coproculture est positive au C 111 B 4.

79 B. Louis 6 mois. Hospitalisé le 5/9/58 pour état prétoxique par G. Ultérieurement pas de signe digestif. Cependant à cause d prélèvement positif T : colimycine 10 j. A l'entrée une 1 coproculture est négative. Les 6ème et 11ème j. un 2ème e un 3ème prélèvement met en évidence du C 111 B 4. Le 15èm j. une 4ème coproculture est négative.

80 - F.M. Christine 6 mois. Hospitalisée le 4/9/58 pour état toxique par G.E. Le 17ème j. après le début de l'hospitalisation, chute de poids, température. T à ce moment là, colimycine 8 j. A l'entrée une 1ère coproculture a été négative; le 15ème j. elle est positive. Pas d'autre prélèvement.

81 - S. Jean 1 mois 1/2. Hospitalisé précédemment pour staphylococcie pulmonaire, réhospitalisé le 22/9/58, 2 j. après la sortie pour état prétoxique par G.E. (diarrhée ++) T : réhydratation I.V., colimycine 6 j. A l'entrée prélèvement : C 111 B 4, 4 j. après un 2ème prélèvement est négatif.

82 - M. Bernard 1 mois. Hospitalisé le 10/10/58 pour état toxique, le 8ème j. : état toxique par G.E. (diarrhée ++). T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 12 j. Le 8ème j. un 3ème prélèvement est positif. Le 14ème j. un 4ème prélèvement est aussi positif. Le 22ème j. une 5ème coproculture est négative.

83 - D. Pierre 4 mois. Hospitalisé le 13/9/58 pour méningite purulente. Ultérieurement pas de signe digestif. Une coproculture le 8ème j. ayant mis en évidence du C 111 B 4, T : néomycine 4 j., colimycine 11 j. Quatre j. plus tard un 3ème prélèvement est négatif.

84 - R. Sylvie 2 mois. Hospitalisée le 12/11/58 pour hyperkinésie gastrique. Le 12ème j. état prétoxique par G.E. avec coproculture positive au C 111 B 4. T : réhydratation I.V., antibiotiques. 5 j. plus tard, coproculture négative.

85 - C. Jacqueline 5 mois. Hospitalisée le 27/9/58 pour état prétoxique par G.E. Dix j. après, rechute. Le 19ème j. : état toxique par G.E. avec coproculture positive. T à ce moment : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 8 j., ganidan 4 j. Une coproculture 10 j. après est négative.

86 - T. Bernard 7 mois. Hospitalisé le 5/11/58 pour méningite. Le 17ème j. diarrhée avec coproculture positive. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., colimycine 7 j. Une coproculture 7 j. après est négative.

87 - L. Solange 1 mois 1/2. Hospitalisée précédemment pour G.E. Réhospitalisée le 8/1/59, 16 j. après son départ pour état prétoxique par G.E. et adénopathies sous maxillaires bilatérales. Du C 111 B 4 a été trouvé dans les selles et dans la gorge. T : réhydratation I.V., colimycine 21 j. Une coproculture 7 j. plus tard est négative.

88 - R. Chantal 5 mois. Hospitalisée le 9/12/58 pour pneumopathie grippale au cours d'une primo infection. Au cours de son hospitalisation : plusieurs états prétoxiques par G.E. ; l'un d'eux expliqué par G.E. à C 111 B 4. T : colimycine 6 j. 2 j. après le début du traitement une coproculture est négative.

89 - A. Solange 15 j. Hospitalisée précédemment pour vomissements. Varicelle. Sortie en bon état général. Réhospitalisée le 22/1/59, 7 j. plus tard, pour état toxique par G.E. (vomissements ++). T : réhydratation I.V., climycine 6 j. Une coproculture, positive à l'entrée, est négative le 4ème j.

90 - B. Patrick 3 mois. Hospitalisé précédemment pour méningite cérébrospinal, sortie en bon état général. réhospitalisé le 15/1/59, 8 j. plus tard, pour état toxique avec hyperthermie. Légère réaction L.C.R. Pas de signe digestif. T : réhydratation I.V., colimycine 8 j. A l'entrée, une 1ère coproculture a mis en évidence du C 26 B 6. Le 6ème j. une 2ème coproculture est négative.

91 - N. Chantal 1 mois. Hospitalisée le 2/1/59 pour état toxique par G.E. Amélioration rapide. Ultérieurement plus de signe digestif, malgré une coproculture positive au C 111 B 4 qui entraina un traitement : colimycine 8 j. 2 j. après le début du traitement une coproculture est négative.

92 - B. Evelyne 8 j. Hospitalisée le 17/1/59 pour diskinésie gastrique; ultérieurement pas de signe digestif malgré une coproculture positive au C 111 B 4. T : colimycine 6 j. 7 j. après le début du traitement une coproculture est négative.

93 - B. Faride 8 mois. Hospitalisé pour adénoïte aiguë. Le 12ème j. gastro entérite à C 111 B 4. T : colimycine 7 j. Ultérieurement pas d'autre prélèvement.

94 - P. Francis 2 mois. Hospitalisé précédemment pour staphylococcie, sorti en bon état général. Réhospitalisé le 9/7/59, 12 j. plus tard, pour état toxique par G.E. Une coproculture met en évidence du C 55 B 5. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j. Pas d'autre coproculture que celle de l'entrée.

95 - D. Yves 6 mois 1/2. Hospitalisé le 11/7/59 pour otite. Amélioration rapide puis stagnation de la courbe de poids et diarrhée. A ce moment une coproculture met en évidence du C 111 B 4. T : colimycine 3 j. puis néomycine 4 j. 10 j. après une coproculture est négative.

96 - D. Sylvie 10 jours. Hospitalisée le 5/7/59 pour état prétoxique par G.E. et ictère physiologique prolongé. Amélioration de tous les signes mais persistance de la diarrhée, qui entraîne un traitement : colimycine 5 j. A l'entrée un prélèvement avait été négatif. Le 1er j. du traitement par la colimycine une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. 7 j. après elle est négative.

97 - L. Pierre 14 mois. Hospitalisé précédemment pour pneumopathie aiguë, réhospitalisé le 9/8/59 pour état toxique par G.E. sans C toxique. Le 13ème j. diarrhée. Une coproculture met en évidence du C 86 B 7. T : ganidan 5j., néomycine 4 j. Quatre j. après le début du traitement une coproculture est encore positive, 3 j. plus tard, elle devient négative.

98 - L. Martine 3 mois. Hospitalisée le 16/8/59 pour commitialité. Après 15 j. d'hospitalisation, courbe de poids stationnaire. Une coproculture met en évidence du C 26 B 6. T : colimycine 6 j. Neuf j. après le début du traitement une coproculture est négative.

99 - B. Alain 3 mois. Hospitalisé le 25/7/59 pour état toxique et hypo trophie due à une infection intestinale chronique. Mu guet associé. T : néomycine, 2 cures de 4 j., polymyxine 7 j. A l'entrée un prélèvement a été négatif, ultérieure ment il est devenu positif au C 26 B 6, puis au C 86 B 7. Décédé (atrepsie).

100 - D. Bernard 6 mois. Hospitalisé le 25/9/59 pour hydrocéphalie. 10 j. après le début de l'hospitalisation état toxique par G.E.; une coproculture à ce moment-là est positive au C 111 B 4. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., ganidan 5 j. Sept j. après une coproculture est négative. Ultérieurement rechute de l'état toxique par G.E. avec de nouveau du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., colimycine. Décédé.

101 - S. Patrice 2 mois 1/2. Hospitalisé précédemment pour état toxique par G.E. à C 86 B 7. Sortie en bon état général. Réhospitalisé le 11/9/59 pour état toxique par G.E. à C 111 B 4. Le 7ème j. après le début de l'hospitalisation G.E. Un prélèvement qui avait été négatif la veille est trouvé le lendemain de nouveau positif au C 111 B 4. 2 j. après le début de la G.E., une coproculture est négative. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., polymyxine 10 j. ganidan 5 j.

102 - F.M. Line 10 mois. Hospitalisée le 17/9/59 pour état toxique par G.E. à staphylocoque doré. Ultérieurement état prétoxique par G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation sous cutanée, polymyxine 4 j. Une coproculture 2 j. après le début de ce traitement est positive, elle devient négative 2 j. après.

103 - B. Daniel 3 mois. Hospitalisé précédemment pour état toxique par G.E., sortie en bon état général. Réhospitalisé le 7/11/59, 2 jours plus tard pour rechute de la G.E. ; T : antibiotiques. 5 j. après le début de l'hospitalisation une coproculture positive à l'entrée au C 111 B 4 est encore positive ; elle devient négative 2 j. plus tard.

104 - C. Monique 3 mois. Hospitalisée précédemment pour état toxique par G.E. Sortie en bon état général. Réhospitalisée le 28/10/59, 7 j. plus tard pour état toxique par G.E. (Vomissements ++) T : réhydratation I.V., ganidan 4 j., colimycine 5 j. A l'entrée une coproculture est positive au C 111 B 4; 3 j. après elle est négative.

105 - C.A. Marie 3 mois. Hospitalisée le 26/10/59 pour état prétoxique par infection intestinale depuis 3 semaines. Amélioration rapide. Ultérieurement pas de signe digestif malgré une coproculture positive au C 111 B 4. Pas de traitement spécifique (Chloramphénicol, streptomycine, talidine). 4 j. après la découverte du colibacille toxique une coproculture est encore positive. Elle devient négative 5 j. plus tard.

106 - R. Philippe 6 mois. Hospitalisé le 7/1/60 pour bronchopneumonie avec otite. 12 j. après le début de l'hospitalisation état prétoxique par G.E. T : réhydratation I.V. talidine 4 j., colimycine 9 j. Une coproculture faite au début de la G.E. met en évidence du C 111 B 4. Pas d'autre prélèvement.

107 - G. Corinne 6 mois. Hospitalisée le 2/1/60 pour pneumopathie aiguë. Le 13ème j. état toxique par G.E. La veille une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 4 j., colimycine 11 j. Deux j. après le début du traitement une coproculture est négative.

108 - S. Lucien 25 jours. Hospitalisé le 14/1/60 pour état toxique par pneumopathie aiguë et G.E. sans C toxique. Le 9ème j. G.E. Une coproculture à ce moment-là met en évidence du C 111 B 4. T : colimycine 9 j., ganidan 5 j. Deux j. après le début du traitement une coproculture est négative.

109 - P. Patrick 4 jours. Hospitalisé le 17/1/60 pour état toxique sévère par G.E. avec syndrome hémorragique très important. Le 15ème j. vomissements ++. Une coproculture met en évidence du C 111 B 4. T : colimycine 14 j., ganidan 4 j. Quatre j. après le début de ce traitement, une coproculture est encore positive. Elle devient négative 4 j. plus tard.

110 - T. Carole 3 mois. Hospitalisée le 20/1/60 pour cardiopathie congénitale avec hypotrophie. Le 10ème j. G.E. La veille de cette G.E. une coproculture avait été négative. 2 j. après elle est positive. T : réhydratation I.V., colimycine 12 j., ganidan 4 j., puis talidine 4 j. Cinq j. après le début de ce traitement une coproculture est négative. Décédée (décompensation cardiaque).

111 - G. Michel 8 mois. Hospitalisé le 28/1/60 pour état toxique à rechute par G.E. sans colibacille toxique. Un mois après le début de l'hospitalisation, un prélèvement systématique met en évidence du C 111 B 4. T : néomycine 4 j., ganidan 6 j. Cinq j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

112 - A. Michel 3 mois. Hospitalisé le 26/1/60 pour état toxique par G.E. et otite. Hypotrepsie. Le 7ème j. état toxique. Une coproculture la veille avait été positive. T : réhydratation I.V., colimycine 11 j., talidine 4 j., puis ganidan 5 j. Une coproculture est encore positive 3 j. après le début de ce traitement. Elle devient négative 3 j. plus tard. Ultérieurement une coproculture est de nouveau positive. Pas de traitement. Au bout de quelques jours chute de poids. Traitement : réhydratation sous cutanée, néomycine. Négativation des selles 5 j. après ce dernier traitement.

113 - G. Laurent 1 mois 1/2. Hospitalisé le 9/2/60 pour état toxique par G.E. et otite. A l'entrée prélèvement négatif. Le 13ème j. un prélèvement systématique met en évidence du C 111 B 4. T : ganidan 11 j. Coproculture alternativement positive et négative et au bout de 3 semaines parès la découverte du colibacille toxique, état toxique par C.E. ; T : réhydratation I.V., ganidan 5 j., colimycine 8 j. Après ce traitement tous les prélèvements furent négatifs.

114 - B. Georgette 1 mois 1/2. Hospitalisée le 21/3/60 pour état toxique par G.E. sans C toxique. Le 17ème j. rechute. La veille un prélèvement systématique avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 8 j., colimycine 14 j. Une coproculture 2 j. après le début de ce traitement est positive. 3 j. plus tard elle est encore positive. Elle ne devient négative que 9 j. après le début du traitement.

115 - B. Patricia 7 mois. Hospitalisée le 27/3/60 pour méningite purulente. 10 j. après vomissements ++. Une coproculture met en évidence du C 111 B 4. T : ganidan, néomycine 4 j., colimycine 6 j. Quatre j. plus tard une coproculture est négative.

116 - C. Christiane 14 jours. Hospitalisée le 31/3/60 pour lésionscérébralesdégénératives Le 10ème j. G.E. (vomissements ++). 2 j. avant une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., colimycine 5 j., néomycine 4 j. Une coproculture est négative 5 j. après le début de ce traitement. Décédée (suites d'un apnée prolongée).

117 - D. Marc 2 mois. Hospitalisé le 11/2/60 pour des vomissements par spasmes pyloriques. 5 j. après état toxique par G.E. Une coproculture est positive. T : réhydratation I.V., ganidan 10 j., colimycine 30 j. Six jours après le début de ce traitement une coproculture est encore positive. Elle devient négative 4 j. plus tard.

118 - D. Didier 1 mois. Hospitalisé le 9/4/60 pour G.E. sans C toxique. Le 4ème j. un prélèvement systématique met en évidence du C 111 B 4. T : colimycine ganidan. Pas d'autre prélèvement.

119 - F.M. Hélène 4 mois. Hospitalisée le 30/3/60 pour bronchite et otite. Le 12ème j. G.E. avec prélèvement positif. T : colimycine 11 j., ganidan 5 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

120 - F. Nathalie 2 mois 1/2. Hospitalisée précédemment pour pneumopathie. Sortie en bon état général. Réhospitalisée le 31/3/60 pour état toxique par G.E. et otite. Une coproculture est positive. T : réhydratation I.V., colimycine 19 j., ganidan 5 j., néomycine 4 j. Une 2ème coproculture le 4ème j. est négative.

121 - P. Bernadette 2 mois 1/2. Hospitalisée le 1/4/60 pour état prétoxique par G.E. et otite. Le 8ème j. état prétoxique par G.E. La veille une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., colimycine 14 j., ganidan 8 j., néomycine 4 j. Après plusieurs prélèvements positifs,le 8ème j. enfin, après le début du traitement, coproculture négative.

122 - R. Christine 1 mois. Hospitalisée le 30/3/60 pour pneumopathie. Le 12ème j. de l'hospitalisation, état toxique par G.E. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., colimycine 11 j., puis kamycine 3 j. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Le 9ème j. une coproculture est positive au C 111 B 4. Elle l'est encore les 13ème et 17ème jours. Le 20ème jour soit 8 j. après le début du traitement elle devient négative.

123 - S.A. Marie 3 mois. Hospitalisée le 25/2/60 pour état toxique par G.E. Erythème fessier très important. Pas de colibacille toxique. Le 7ème j. état toxique brutal avec hémorragie par afibrinémie. Le 16ème j. G.E. Le 13ème j. un 4ème prélèvement avait été positif au C 111 B 4. T de la G.E. polymyxine 16 j. Deux j. après le début de ce traitement une nouvelle coproculture est négative.

124 - M. Claude 12 jours. Hospitalisé précédemment pour ictère physiologique prolongé, sorti en bon état général. Réhospitalisé le 1/4/60, 6 j. plus tard, pour état toxique par G.E. et otite. T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., ganidan 6 j., colimycine 13 j. Un prélèvement à l'entrée est positif. Il devient négatif 3 j. plus tard. Les 5ème et 8ème jours de l'hospitalisation il redevient positif. Une coproculture est négative le 11ème j.

125 - P. **Didier** 2 mois. Hospitalisé précédemment pour otite. Sorti en bon état général. Réhospitalisé le 7/4/60 pour état prétoxique par G.E. T : réhydratation I.V., colimycine 14 j., ganidan 5 j. A l'entrée un prélèvement a été positif. Le 5ème j. une coproculture est encore positive. Le 8ème j. elle devient négative.

126 - N. Serge 6 mois. Hospitalisé le 31/3/60 pour porencéphalie. Secondairement apparition de troubles digestifs avec état prétoxique. Ultérieurement vomissements avec diminution de la courbe de poids. A ce moment une coproculture met en évidence du C 111 B 4 dans les selles. T : ganidan 6 j., colimycine 11 j. Une coproculture 3 j. après le début de ce traitement est encore positive. 4 j. plus tard elle devient négative.

127 - A. Béatrice 2 mois. Hospitalisée le 22/4/60 pour G.E. sans C toxique. Amélioration rapide, secondairement courbe de poids stationnaire ; une coproculture met en évidence du C 111 B 4. T : polymyxine 6 j., ganidan 7 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

128 - B.J. Marc 5 mois 1/2. Hospitalisé le 4/4/60 pour méningite purulente. Le 5ème j. état toxique prolongé par G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., colimycine 12 j. A quelques jours d'intervalles plusieurs coprocultures restent positives. T : on ajoute au traitement précédent de la polymyxine 7 j. et de la Kamycine 10 j. Amélioration très rapide après ce dernier traitement qui stérilise en 3 j. les selles.

129 - C. Jacques 5 mois. Hospitalisé le 6/4/60 pour otite sur cardiopathie congénitale en décompensation. Secondairement vomissements. Une coproculture devient positive. T : colimycine, ganidan 7 j. Stérilise en 1 j. les selles. Le 17ème j. de l'hospitalisation état toxique par G.E. La veille une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V. ganidan 7 j., polymyxine 14 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

130 - E. Gérard 6 mois. Hospitalisé le 26/7/60 pour diarrhée bénigne, sans C toxique. Le 6ème j. un prélèvement systématique met en évidence du C 55 B 5. T : néomycine 4 j. Trois j. après ce traitement une coproculture négative.

131 - G. Franck 5 mois. Hospitalisé le 11/3/60 pour otite. Epanchement sous-dural. Le 25ème j. état prétoxique par G.E. sans C toxique. Après un mois 1/2 d'hospitalisation G.E. à C 111 B 4. T : Kamycine 11 j., 5 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative. A ce moment on ajoute de la colimycine au traitement.

132 - R.J. Marc 3 semaines. Hospitalisé le 6/4/60 pour état prétoxique par G.E. (sans C toxique) et otite chez un mongolien. 3 j. après le début de l'hospitalisation, prélèvement systématique : C 111 B 4. T : colimycine, ganidan 5 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

133 - J. Marc 1 mois 1/2. Hospitalisé le 16/4/60 pour état prétoxique par G.E. (sans C toxique) chez un mongolien. Un prélèvement systématique le 13ème j. met en évidence du C 111 B 4. T : Kamycine 10 j., ganidan 5 j. Cinq j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

134 - S.J. Pierre 2 jours. Hospitalisé le 8/4/60 pour anoxie néo-natale. Le 6ème j. G.E. à C 111 B 4. T : colimycine 7 j. Cinq j. après le début de ce traitement prélèvement négatif.

135 - C. Antonion 1 mois. Hospitalisé le 19/3/60 pour plicature gastrique et hernie hiatale. Le 15ème j. de l'hospitalisation état toxique par G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation I.V., colimycine 10 j., ganidan 5 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est encore positive. 4 j. plus tard elle devient négative. Le 27ème j. de l'hospitalisation rechute sans C toxique.

136 - L. Violette 2 j. Hospitalisée le 26/4/60 pour maladie hémorragique du nouveau-né. Le 23ème j. de l'hospitalisation G.E. à C toxique. T : ganidan 6 j., colimycine 7 j. Cinq j. après le début de ce traitement une coproculture est encore positive. 5 j. plus tard elle devient négative. A ce moment on ajoute au traitement : polymyxine 6 j., néomycine 4 j.

137 - S. Daniel 4 mois. Hospitalisé le 10/5/60 pour état toxique par G.E. sans C toxique. Amélioration rapide. Ultérieurement chute de poids, vomissements. Une coproculture met en évidence du C 111 B 4. T : colimycine 6 j., ganidan 6 j. Six jours après le début de ce traitement une coproculture est négative. A ce moment on ajoute polymyxine 6 j., néomycine 4 j.

138 - S. Esperanzo 6 mois. Hospitalisé le 20/4/60 pour pneumopathie aiguë. Le 16ème j. G.E. ; T : colimycine 14 j., ganidan 6 j., néomycine 4 j. A l'entrée un prélèvement avait été négatif. Le 16ème j., le 18ème et le 20ème ; C 111 B 4. 10 j. après le début du traitement une coproculture est négative.

139 - S. Elisabeth 1 mois. Hospitalisée le 28/4/60, pour état toxique par G.E. sans C toxique. Le 10ème j. état toxique par G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation I.V. colimycine 13 j., néomycine 4 j. Alternativement coproculture négative et positive ; elle devient définitivement négative 8 j. après le début du traitement.

140 - B. Robert 26 jours. Hospitalisé le 25/3/60 pour état prétoxique par G.E. sans C toxique, otite. Hypotrophie. Le 18ème j. de l'hospitalisation état prétoxique par G.E. et otite. 4 j. avant une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., talidine 7 j., colimycine 16 j. 10 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

141 - C. Bernard 3 mois. Hospitalisé le 19/5/60 pour état prétoxique par G.E. (sans C toxique) chez un hypotorphique. 11 j. après le début de l'hospitalisation vomissements. Coproculture : C 111 B 4. T : colimycine 19 j., ganidan 6 j. Coproculture alternativement négative et positive et définitivement négative, 8 j. après le début du traitement.

142 - G. Francis 3 jours. Hospitalisé le 14/6/60 pour anoxie néo-natale. Le 6ème j. de l'hospitalisation état toxique par G.E. (diarrhée ++) T : réhydratation I.V. colimycine 8 j., ganidan 6 j. A l'entrée un prélèvement a été négatif. Au moment de l'état toxique une coproculture est positive au C 111 B 4. Pas d'autre prélèvement. Le 12ème j. choc ++. Le 13ème hématémèse. Décédé.

143 - G. Robert 5 mois. Hospitalisé le 9/4/60 pour abcès pulmonaire. 36 j. après le début de l'hospitalisation G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan, colimycine, polymyxine. 2 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

144 - J. Philippe 4 mois. Hospitalisé le 23/5/60 pour coqueluche. Le 17 ème j. de l'hospitalisation, état toxique par G.E. à C toxique. A l'entrée il n'y avait pas eu de prélèvement. T : ganidan, colimycine, polymyxine. 6 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

145 - L. Geneviève 15 j. Hospitalisée le 19/4/60 pour état prétoxique par G.E. sans C toxique. 10 j. après le début de l'hospitalisation, état prétoxique par G.E. (vomissements ++). T : réhydratation I.V., néomycine 4 j., kamycine 4 j. Le 14ème j. on continue le traitement par : polymyxine 10 j., ganidan 5 j. Une coproculture le 10ème j. a été positive au C 111 B 4. Le 13ème j. elle l'est encore. 15 j. plus tard elle est négative.

146 - M. Edmond 1 jour. Hospitalisé le 7/6/60, pour hémorragie méningée. Le 9ème j. G.E. Deux j. avant une coproculture avait mis en évidence du C 111 B 4. T : colimycine et ganidan 8 j. Deux j. après le début de ce traitement 1 coproculture est négative.

147 - P. Danielle 3 mois 1/2. Hospitalisée le 24/4/60 pour coqueluche. 21 j. après le début de l'hospitalisation état prétoxique par G.E. T : réhydratation I.V., ganidan, polymyxine, colimycine. A l'entrée il n'y avait pas eu de prélèvement. Un 1er prélèvement le 21ème j. est positif; le 25ème j. un 2ème prélèvement est négatif.

148 - R. Alain 3 mois 1/2. Hospitalisé le 14/5/60 pour cardiopathie congénitale avec otite, angine, plicature gastrique. Le 17ème j. état prétoxique par G.E. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j. puis 8 j., néomycine 4 j., colimycine 15 j. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Le 18ème j. un 2ème prélèvement positif au C 111 B 4. Le 21ème j. un 3ème prélèvement est négatif.

149 - S. Colette 1 mois. Hospitalisée le 28/5/60 pour état prétoxique par G.E. sans C toxique. 13 j. après le début de l'hospitalisation, G.E. à C 111 B 4. T : colimycine 11 j., ganidan 8 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est encore positive. Elle devient négative 4 j. plus tard.

150 - D. André 2 mois 1/2. Hospitalisé le 2/8/60 pour eczéma. Vomisseur habituel. 28 j. après le début de l'hospitalisation G.E. 2 j. avant, stagnation de la courbe de poids, vomissement isolé; coproculture : C 111 B 4. Depuis l'hospitalisation 4 coprocultures avaient été pratiquées, toutes négatives. T : réhydratation I.V., colimycine 10 j., ganidan 6 j. 4 j. après le début de ce traitement un prélèvement est encore positif. Il devient négatif 2 j. plus tard.

151 - G. Rosette 2 mois. Hospitalisée précédemment pour état prétoxique par G.E. et otite. Sortie en bon état général. Réhospitalisée le 13/8/60 pour G.E. à C 111 B 4. T : néomycine 4 j., puis colimycine 8 j., ganidan 6 j. et enfin polymyxine 6 j. Le 4ème j. un 2ème prélèvement est encore positif il devient négatif le 8ème j.

152 - B. Philippe 1 mois. Hospitalisé le 19/8/60 pour état toxique avec réaction méningée. Le 14ème j. : G.E. T : colimycine 10 j., ganidan 6 j. A l'entrée pas de prélèvement, le 14ème j. un 1er prélèvement met en évidence du C 111 B 4. Le 18ème j. il devient négatif. Ce jour-là on ajoute au traitement de la polymyxine.

153 - C. Alain 20 jours. Hospitalisé le 23/8/60 pour état pré-toxique par G.E. sans C toxique. Le 8ème j. : G.E. à C toxique. T : colimycine 10 j., ganidan 4 j. (depuis le début de l'hospitalisation l'enfant avait déjà de la colimycine). Le 10ème j. une coproculture met encore en évidence du C 111 B 4, le 15ème j. elle devient négative.

154 - E. Françoise 8 mois. Hospitalisée le 26/7/60 pour état toxique gravissime. Hyperthermie (42°). Le 9ème j. de l'hospitalisation état toxique précédé de vomissements. T : réhydratation I.V., néomycine, propiocyne. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Le 9ème j. un 2ème prélèvement est positif au C 111 B 4. Un 3ème prélèvement le 15ème j. est négatif.

155 - D. Daniel 1 mois. Hospitalisé le 16/8/60 pour état toxique par G.E. (sans C toxique), chez un hypotorphique. Le 18ème j. : état toxique par G.E. à C toxique. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., colimycine 1 mois. 6 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative. Ultérieurement, 7 autres coprocultures toutes négatives. Cependant plusieurs rechutes graves de la G.E. et de l'état toxique. T : réhydratation I.V. prolongée.

156 - P. Bernard 5 mois. Hospitalisé le 18/8/60 pour état fébrile à rechute chez un mongolien. Le 6ème j. état prétoxique par G.E. (diarrhée ++). 2 j. avant cet état toxique, 1 prélèvement avait mis en évidence du C 111 B 4. Un prélèvement à l'entrée avait été négatif. T : réhydratation I.V., colimycine 11 j., ganidan 8 j. 1 j. après le début de ce traitement 1 prélèvement est négatif. Le lendemain il redevient positif, pour devenir définitivement négatif 7 j. après le début du traitement.

157 - B. Serge 15 j. Hospitalisé le 20/10/60 pour état toxique par G.E. et otite. Muguet. Le 12ème j. G.E. T : colimycine 12 j., ganidan 6 j. A l'entrée un 1er prélèvement a été négatif. Le 13ème j. une 2ème coproculture met en évidence du C 111 B 4, les 15ème et 17ème jours des coprocultures sont encore positives. 7 j. après le début du traitement un prélèvement est enfin négatif.

158 - B. Roland 6 mois. Hospitalisé le 22/10/60 pour otite. Le 14ème j. de l'hospitalisation, vomissements. Le 17ème j. état toxique par G.E. Une coproculture, négative à l'entrée, est positive le 10ème j. Elle l'est encore le 15ème j. mais devient définitivement négative le19ème j. T : colimycine 11 j., ganidan 6 j., puis le 12ème j., polymyxine 28 j. Le 18ème j. on ajoute au traitement une réhydratation I.V. et de la soframycine 15 j.

159 - S.J. Michel 7 mois. Hospitalisé le 27/10/60 pour état prétoxique. Le 16ème j. état toxique par G.E. à C 111 B 4 et otite. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., climycine 11 j. Quatre j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

160 - Z. Dalila 4 mois. Hospitalisée précédemment pour bilan général. Réhospitalisée le 24/11/60 pour état toxique par G.E. (diarrhée ++). T : réhydratation I.V. colimycine 20 j., ganidan 4 j. Le 5ème j. on ajoute au traitement de la propiocine 11 j. A l'entrée un 1er prélèvement est positif. Le 3ème j. un 2ème prélèvement est encore positif. Le 6ème j. une 3ème coproculture est négative.

161 - C. Christian 7 mois. Hospitalisé le 28/11/60 pour état prétoxique par pharyngite et bronchite. Le 11ème j. état toxique par G.E. Les troubles digestifs persistent longtemps mais finalement guérison. T de l'état toxique par G.E. réhydratation I.V., soframycine 7 j., puis ganidan, talidine, polymyxine, néomycine, et enfin colimycine et propiocine. A l'entrée 1 prélèvement a été négatif. Au moment de l'état toxique pas de prélèvement. Ultérieurement 2 coprocultures furent positives au C 111 B 4. 10 j. après le début de l'état toxique, une coproculture est négative. Ultérieurement plusieurs autres coprocultures, toutes négatives.

162 - S. Alain 1 mois. Hospitalisé le 4/12/60 pour état toxique par G.E. (sans C toxique) etotite. Le 7ème j. de l'hospitalisation G.E. à C toxique. T : ganidan 6 j., polymyxine 8 j. Quatre j. après le début de ce traitement un prélèvement est négatif.

163 - R. Philippe 1 mois. Hospitalisé le 2/12/60 pour bilan neurologique. A l'entrée coproculture négative. Le 3ème j. : chute de poids, température, vomissements ; coproculture : C 26 B 6 ; T : colimycine 7 j., ganidan 7 j. Le 6ème j. état toxique par G.E. avec coproculture devenue négative. T : on ajoute au traitement précédent une réhydratation I.V.

164 - N. Nathalie 3 mois. Hospitalisée le 28/1/60 pour broncho-alvéolite. Le 7ème j. de l'hospitalisation, état toxique par G.E. Ultérieurement 3 rechutes. T successifs : réhydratation I.V. X 4, talidine 8 j., climycine 12 j., propiocine 11 j., néomycine 4 j., soframycine 20 j. A l'entrée une 1ère coproculture avait été négative. Une 2ème coproculture le 8ème j. met en évidence du C 111 B 4. Par la suite, coprocultures positives et négatives alternativement. Elles deviennent définitivement négatives le 7ème j. de l'hospitalisation.

165 - C. Patricia 2 mois 1/2. Hospitalisée le 8/2/61 pour broncho-alvéolite et otite. Le 3ème j. état toxique mais après amélioration 3 rechutes. A l'entrée un prélèvement avait été négatif. Pendant l'hospitalisation à plusieurs reprises des prélèvements furent positifs dans les selles et dans la gorge. Ils ne devinrent négatifs que le 26ème j. de l'hospitalisation après les traitements suivants : réhydratation I.V. X 4, ganidan, colimycine, polymyxine.

166 - S. Danielle 1 mois. Hospitalisée le 12/2/61 pour otite et bilan après anorexie néo-natale avec séquelles. Le 6ème j. état toxique. Le 11ème j. pyélonéphrite, enfin le 13ème j. ictère. T : réhydratation I.V., colimycine 7 j., ganidan 5 j., rufol 3 j. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Au moment de l'état toxique une coproculture a mis en évidence du C 111 B 4. 2 j. après le début du traitement un prélèvement est négatif. Décédée.

167 - M. Didier 4 mois. Hospitalisé le 2/2/61 pour broncho-alvéolite. Le 16ème j. de l'hospitalisation, une coproculture ayant mis en évidence du C 111 B 4, 1 traitement par la colimycine et le ganidan donna une allure normale à la courbe du poids qui depuis quelques jours était stationnaire. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. 2 j. après ce traitement une coproculture est négative.

168 - M. Véronique 5 mois. Hospitalisée le 18/1/61 pour pneumopathie. A partir du 12ème j. vomissements persistants qui diminuent après traitement par la néomycine et la talidine et qui disparaissent le 19ème j. avec colimycine et talidine. A l'entrée un 1er prélèvement avait été négatif. Par la suite à plusieurs reprises du C 111 B 4 a été retrouvé dans les selles et dans la gorge n'entraînant que peu de signes digestifs, et traité à la fin de l' l'hospitalisation par de la polymyxine, de la talidine, de la soframicine et de la néomycine.

169 - S. Françoise 5 m'is. Hospitalisée le 23/1/61 pour broncho-alvéolite. Le 11ème j. état toxique par G.E. Le 21ème j. rechute. A l'entrée un 1er prélèvement a été négatif. Le 12ème j. un 2ème prélèvement du C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 6 j., colimycine 16 j. 2 j. après le début de ce traitement un 3ème prélèvement est négatif. Ultérieurement coproculture négative.

170 - D. Claudine 3 mois. Hospitalisée précédemment pour état toxique par G.E. (sans C toxique) et otite sur une cardiopathie congénitale. Sortie en bon état général. Réhospitalisée le 25/2/61, 11 j. plus tard, pour état toxique par G.E. à C toxique. T : réhydratation I.V., colimycine 10 j., ganidan 6 j. 4 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

171 - L. Patrice 1 mois 1/2. Hospitalisé précédemment pour otite, sortie en bon état général. Réhospitalisé le 17/2/61 pour état prétoxique par G.E. à C 111 B 4. T : réhydratation I.V., ganidan 7 j., colimycine 10 j. 6 j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

172 - V. Patrick 1 mois 1/2. Hospitalisé le 28/1/61 pour état toxique par G.E. (sans C toxique) et otite. Un prélèvement systématique met en évidence un C 26 B 6. T : colimycine 14 j., ganidan 6 j. Trois j. après le début de ce traitement une coproculture est négative.

COMMENTAIRES

Nous avons rapporté 172 cas de nourrissons contaminés par des colibacilles entéro-toxiques ; 136 avaient moins de six mois, 36 plus de six mois, 5 plus de un an.

Nous rappellerons simplement que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître au jeune nourrisson une capacité spéciale pour faciliter l'éclosion des colibacilles entéro-toxiques.

Les tableaux cliniques de ces gastro-entérites ne présentent pas de caractères pathognomoniques. Les symptômes observés sont communs à toutes les G.E. Débutant par de la diarrhée le plus souvent, mais aussi dans un nombre important de cas, par des vomissements, ces gastro-entérites entraînent assez rapidement, si elles ne sont pas traitées, une déshydratation avec choc. En résumé, rien de bien spécifique et il faut arriver à l'examen bactériologique pour avoir un diagnostic. Une forme, cependant, mérite une mention particulière : ce sont les G.E. aiguës à colibacilles 111 B4 résistant aux traitements usuels ; elles se caractérisent très vite par un tableau de choc extrême avec collapsus et troubles hémorragiques : hémorragies intestinales, vomito-negro, parfois même : ecchymoses, purpura. Ces formes comportent un pronostic très réservé.

ASPECTS CLINIQUES

- DES FORMES PRIMITIVES :

Nous avons observé 57 cas primitifs dont 31 à colibacille 111 B4 et 26 à des sérotypes différents (12 à colibacille 55 B5, 10 à colibacille 26 B6, 4 à colibacille 86 B7).

Parmi les observations concernant le colibacille 111 B4, nous avons relevé :

18 états toxiques sévères,
6 états prétoxiques,
6 gastro-entérites banales,
1 anorexie isolée.

Les cas liés au colibacille 26 B6 se répartissent de la manière suivante :

4 états toxiques graves,
4 états prétoxiques,
2 observations de gastro-entérite.

En ce qui concerne les formes primitives dues au colibacille 55 B5, nous avons noté :

4 états toxiques,
1 état prétoxique,
3 cas de diarrhée simple,
3 cas sans manifestations digestives.

Les quatre observations à colibacille 86 B7 concernent toutes des états toxiques.

Bien souvent la gastro-entérite ne résumait pas la maladie et d'autres localisations infectieuses furent découvertes :

- Parmi les 31 observations concernant le colibacille 111 B4 nous avons relevé 10 cas d'associations morbides :

4 cas avec otites
2 cas s'associant à une otite et à une pneumopathie,
2 cas à une pneumopathie,

1 cas a été compliqué de purpura,
1 de muguet bucco-pharyngé.

- Cette association a été notée 6 fois sur 12 dans les observations concernant le colibacille 55 B 5 :

3 cas ont été associés à une otite,
1 cas à une pneumopathie,
1 à une pyélonéphrite.

- Une seule fois sur les 10 observations que nous avons de gastro-entérites à colibacille 26 B 6 on a observé l'association à une otite.

- Sur les 4 cas concernant le colibacille 86 B 7, on a trouvé une fois une otite concomittante.

Il est à remarquer que lorsqu'une otite coexistait avec une gastro-entérite à colibacille entéro-toxique, la gastro-entérite a évolué plus rapidement et plus fréquemment vers un état toxique qu'une gastro-entérite isolée ou que pour une autre association.

Dans ces formes primitives, l'otite a été découverte en général à l'occasion d'un examen complet de l'enfant à l'entrée dans le service ; on ne peut dire si elle a précédé la gastro-entérite, mais c'est fort probable, la gastro-entérite débutant volontiers dans ces cas par des vomissements et beaucoup d'auteurs accordent à ces otites une part dans le déterminisme de la maladie toxique.

A propos du pouvoir pathogène des différents colibacilles nous pouvons essayer de tirer quelques conclusions des constatations précédentes :

nous ont paru les plus pathogènes les colibacilles 86 B 7, ensuite les colibacilles 111 B 4, puis les colibacilles 26 B 6 et enfin les colibacilles 55 B 5 qui ont provoqué, en proportion, le moins d'états toxiques pour le nombre le plus élevé d'associations morbides.

- DES FORMES SECONDAIRES :

Nous avons observé 101 cas chez les nourrissons et 14 chez les prématurés.

Les nourrissons étaient entrés dans notre service pour des causes diverses réparties comme suit :

48 pour des gastro-entérites simples ou ayant entraîné un état prétoxique mais le plus souvent avec un état toxique.

16 pour des affections broncho-pulmonaires (associées quelquefois à une otite).

15 pour des affections neurologiques.

7 pour des affections O.R.L.

6 pour des maladies non infectieuses du tube digestif.

9 pour des maladies diverses (maladies hémorragiques du nouveau né, ictère nucléaire, etc.).

Nous voyons donc que la moitié des cas observés avaient été hospitalisés pour des gastro-entérites.

En tenant compte du nombre très important de nourrissons hospitalisés pour des infections digestives, on pourrait conclure à une sensibilisation particulière de ces enfants au colibacille entéro toxique .

Sur le plan bactériologique, il s'est agi pratiquement toujours de colibacilles 111 B 4 (5 fois seulement des sérotypes différents ont été découverts).

Les tableaux cliniques réalisés furent souvent moins graves que dans les formes primitives ; parfois même ces enfants traités dès la découverte du colibacille entéro-toxique n'ont présenté aucun trouble digestif.

37 cas se caractérisèrent par un état toxique sévère,

15 cas par un état prétoxique,

21 observations par une gastro-entérite sans déshydratation,

11 cas par une diarrhée banale (5) ou des vomissements isolés (6).

13 enfants enfin n'eurent aucun trouble digestif.

Huit cas d'associations morbites ont été relevés parmi ces 101 observations :

4 cas avec otite,

2 cas s'associant à une réaction méningée (dont une rechute de méningite),

1 observation compliquée de muguet bucco pharyngé,

Les 6 premiers cas ont abouti à un état toxique.

Nous avons observé 14 cas chez les prématurés : Très souvent on a eu affaire à une gastro-entérite banale et quelquefois même seulement à quelques petits troubles digestifs ; une fois il n'y a pas eu de signes digestifs. Deux fois seulement nous avons relevé un état prétoxique.

Presque tous les enfants contaminés étaient sains ; un seul avait eu un ictère quelques jours auparavant et deux autres une staphylococcie.

A PROPOS DE L'EVOLUTION

Il faut faire d'emblée une distinction entre l'évolution des coprocultures et l'évolution clinique. Dans la majorité des cas il y a un rapport entre les deux, mais très souvent nous avons noté une amélioration clinique au bout de deux à trois jours, c'est-à-dire bien avant la stérilisation des selles. En effet les coprocultures peuvent mettre huit à douze jours pour devenir négatives. Sur ce point, toutefois, nous ne pouvons être très précis, les prélèvements n'étant faits souvent qu'une à deux fois par semaine.

On peut tirer de ceci une conclusion pratique : dans des circonstances ou un examen bactériologique ne peut être fait, le traitement antibiotique devra être prolongé assez longtemps, souvent bien après la guérison clinique pour éviter les rechutes et la contagion, ces enfants risquant de devenir de véritables porteurs de germes.

La rapidité de l'amélioration clinique sera fonction de la précocité du traitement. Un exemple précis nous est donné par l'étude des prématurés. Dès que fut décelée la présence d'un colibacille entérotoxique dans le centre des prématurés, des prélèvements systématiques ont été faits et ont entraîné immédiatement un traitement généralisé. Grâce à ces précautions, l'épidémie a été rapidement enrayée et le nombre d'états toxiques graves observés, mal-

gré la fragilité de ces enfants, a été beaucoup moins important, toutes proportions gardées, que chez les nourrissons.

Malgré des traitements prolongés et continus des rechutes cliniques et bactériologiques ont pu être constatés

- 12 fois nous avons observé une rechute bactériologique à un même germe ; parmi ces cas, 4 fois se sont associés des signes cliniques.
- Une rechute bactériologique à des sérotypes différents a été observée dans 6 observations ; ici 2 fois, associations de signes cliniques.
- Dans 6 observations on a relevé une rechute clinique.
- 2 fois on a noté une rechute clinique mais il n'y a pas eu de prélèvement.

Nous avons parlé de rechutes à propos de ces récidives ; pour 6 cas on peut parler de réinfection puisque des germes différents ont été trouvés à l'examen bactériologique. On peut donc penser que lors d'une rechute bactériologique à un même germe, il se pourrait qu'on ait affaire aussi à une réinfection ; cette hypothèse fera discuter de l'opportunité d'un changement de traitement lors de la réapparition d'un prélèvement positif et l'on fera surtout préciser la sensibilité du germe en question aux divers antibiotiques.

L'évolution de ces gastro-entérites a été mortelle dans 13 cas se répartissant de la façon suivante :

- 2 prématurés :
  - L'un est mort de staphylococcie, une fois guéri de sa gastro-entérite.
  - L'autre est décédé des suites de sa gastro-entérite survenue sur un terrain très fragilisé par un ictère.
- 4 cas primitifs :

L'évolution mortelle peut être attribuée en partie au colibacille entéro-toxique . Mais dans 2 observations, une pneumopathie aiguë est venue compliquer l'évolution. Chez un 3ème enfant, il existait un mongolisme très marqué.

- 7 cas secondaires :

- Un décès est entièrement imputable au colibacille entéro-toxique.

- Pour les 6 autres, le colibacille toxique n'a certainement joué qu'un rôle aggravant, l'infection à coliba-

cille entéro-toxique étant associée à divers états morbides.

Notons que 3 décès, observés dans des cas récidivants, peuvent être attribués au colibacille entéro-toxique, ce qui donne une proportion plus importante de cas mortels dans cette catégorie de malades.

CONTAGIOSITE DU COLIBACILLE TOXIQUE

La contagiosité du colibacille toxique est extrême ; c'est ainsi que malgré toutes les précautions prises pour éviter cette contagion, deux tiers des cas que nous rapportons sont dûs à une contamination intra-hospitalière.

Il est indiscutable qu'une place primordiale dans le mode de contamination doit être attribuée aux manipulations diverses des enfants tant par le personnel médical qu'infirmier : change, préparation ou administration des biberons, examens médicaux divers effectués avec des précautions d'hygiène insuffisantes dans une collectivité d'enfants où le problème de la contagion est permanent.

Cette contagiosité atteint son maximum chez les to tout petits : nous avons observé 14 cas en 11 jours dans le centre des prématurés malgré les précautions d'isolement réalisées au maximum.

C'est à cette contagiosité extrême du colibacille toxique que l'on doit attribuer la rapide dissémination de cette atteinte. Bien que beaucoup d'auteurs fassent jouer un rôle favorisant à l'administration préalable d'antibiotiques dans l'éclosion du colibacille toxique, chez nos 14 prématurés, 2 seulement avaient eu auparavant un traitement antibiotique.

Un sérotype particulier, le colibacille 111 B 4, nous a paru être, dans notre région, beaucoup plus contagieux que les 3 autres types rencontrés. Alors que ces derniers totalisaient presque la moitié des cas primitifs, ces colibacilles ne furent retrouvés que 5 fois seulement sur 101 ob-

servations dans les cas secondaires (compte non tenu des prématurés).

Nous avons vu précédemment que même sous traitement on observe des réinfections. De ceci nous pouvons tirer un enseignement : même en cas de contagion certaine il n'est pas prouvé qu'un traitement préventif soit utile ; le seul traitement utile est curatif. Il semble préférable de surveiller l'enfant de très près au point de vue clinique et surtout bactériologique car l'apparition du colibacille entéro-toxique dans les selles précède le plus souvent de quelques jours les signes cliniques.

LES PORTEURS DE GERMES

Le porteur de germes héberge un colibacille toxique, sans qu'en découle apparemment la moindre traduction clinique. Le seul élément positif est la présence d'un colibacille entéro-toxique dans la coproculture.

Pendant ces trois dernières années, qu'une coproculture s'accompagne ou non de légers troubles digestifs, d'une courbe pondérale stationnaire ou même plus ou moins décroissante, cette notion de "portage" de germes nous a conduit à ne pas traiter systématiquement tout nourrisson porteur de colibacille entéro-toxique.

Cette ligne de conduite ne s'est pas révélée entièrement satisfaisante, des porteurs de germes non traités, ayant présenté secondairement des gastro-entérites aiguës qui auraient pu être évitées (12 cas environ).

Bien souvent, au contraire, une anorexie légère, des troubles digestifs banaux ou un fléchissement de la courbe pondérale, accompagnés d'une coproculture positive, ont guéri très rapidement par une thérapeutique précoce et adaptée.

Sur les 172 observations que nous rapportons, nous pouvons en retenir 5 seulement où la notion de "portage" peut jouer un rôle.

- Un enfant est hospitalisé pour des vomissements ; un traitement diététique les fait disparaître. A l'entrée et à la sortie prélèvement : colibacille 55 B 5.

- 2 jours avant sa sortie, un enfant présente du colibacille 111 B 4 sans signe digestif. Non traité, l'enfant n'a pas été réhospitalisé dans notre service.

- Un enfant présente depuis des mois une diarrhée apparemment banale. Un prélèvement ayant mis en évidence du colibacille 111 B 4, un traitement approprié amène la guérison.

- Un enfant hospitalisé pour une dyskinésie gastrique est traité comme tel. A l'entrée une coproculture met en évidence du colibacille 55 B 5. Elle devient négative après 5 jours d'Erytromycine.

- Un prélèvement systématique met en évidence chez un enfant du colibacille 111 B 4 sans signe digestif. Traité par : Talidine, Streptomycine, Chloramphénicol, le prélèvement devient négatif.

Pour les cas 1 et 4, on peut dire qu'on a eu à faire à des porteurs. Les cas n° 2 et surtout le n° 3 sont plus douteux. Quant à l'observation n° 5 nous pouvons la classer parmi les porteurs de germes ; en effet, il ne nous est jamais arrivé de voir un colibacille toxique vraiment pathogène disparaître avec des antibiotiques qui ne sont plus à l'heure actuelle des antibiotiques majeurs contre le colibacille entéro-toxique.

Peut-être aurions-nous eu plus de cas à rapporter ici si nous n'avions traité systématiquement 14 fois des enfants ayant eu un prélèvement positif à un examen systématique. Les premiers exemples malheureux nous ont montré que toute attente peut être dangereuse et lorsque le laboratoire mentionne la présence de colibacilles toxiques les enfants sont immédiatement traités.

Il est vraisemblable que nous sommes actuellement entrain de voir augmenter le pouvoir pathogène des colibacilles entéro-toxiques et d'autres auteurs reconnaissent avec nous l'augmentation de gravité des infections entérales dûes à ces germes.

CORRESPONDANCE ENTRE CES FAITS CLINIQUES & LA BACTERIOLOGIE

Depuis le début de l'année 1960, 12 fois le laboratoire a indiqué, à propos d'un prélèvement: porteur probable ou flore de portage plutôt que d'infection en raison de la coexistence d'une flore banale dans le prélèvement. Cette notion toute théorique ne correspond cependant pas à la réalité clinique. En effet, ces flores ont correspondu :

11 fois à des gastro-entérites aiguës dont 6 fois au début et 5 fois à la fin de la poussée aiguë de gastro-entérite.

1 seul véritable porteur de germes semble avoir été décelé par l'examen bactériologique, mais un traitement immédiat empêche toute conclusion.

La seule réponse qui pourrait justifier la réponse anormale du laboratoire est la constatation suivante : 10 enfants sur ce groupe de 12 avaient reçu avant l'examen bactériologique des antibiotiques divers, non spécialement dirigés contre le colibacille entéro-toxique.

LOCALISATIONS EXTRA-INTESTINALES DU COLIBACILLE TOXIQUE

Pendant la période où se situent les cas que nous rapportons, dans 10 observations nous avons relevé des localisations extra-intestinales du colibacille toxique, toutes pharyngées, associées neuf fois sur dix à des localisations intestinales.

Chez ces 10 malades, nous avons remarqué 2 fois une prédominance nette des vomissements dans le tableau de la gastro-entérite ; 2 fois les vomissements restèrent les seules manifestations digestives alors que dans un de ces cas le même colibacille toxique a été retrouvé dans les selles et dans la gorge.

Nous avons noté trois fois sur dix des otites. La fréquence de l'association d'otites ne nous a pas paru être beaucoup plus importante que dans les localisations purement intestinales.

On a voulu voir un élément de gravité dans l'association des localisations digestives et pharyngées.

Nos observations personnelles nous permettent de préciser ainsi cette question :

Chez 7 malades, le même sérotype est retrouvé dans le pharynx et dans les selles; dans ces observations nous avons noté :

- 4 états toxiques graves par G.E.
- 2 états prétoxiques par G.E.
- 1 fois des vomissements isolés.

Nous voyons donc ici la fréquence de la gravité du tableau initial. Cependant l'évolution de ces cas fut favorable.

Dans 2 observations nous avons trouvé une association de sérotypes différents dans la gorge et dans les selles :

- 1 état toxique,
- 1 état toxi-infectieux. Ce dernier cas a abouti à la mort.

Bien que ce nombre de cas soit restreint l'association de 2 sérotypes différents nous a paru être encore plus grave que la précédente.

Un cas particulier a retenu notre attention :

Association d'une gastro-entérite avec un prélèvement de gorge positif au colibacille 111 B 4 ; l'examen des selles était négatif.

Toutes ces observations et particulièrement la dernière montrent l'intérêt d'un prélèvement pharyngé associé à un prélèvement de selles devant toute gastro-entérite.

L'intérêt de ce prélèvement pharyngé est double : détecter une localisation inhabituelle du colibacille enté-

ro-toxique et discuter quelquefois une porte d'entrée rare mais peut-être dangereuse du germe comme dans notre dernière observation.

ETUDE THERAPEUTIQUE

Comme nous l'avons déjà annoncé, nous soulignerons essentiellement les résultats obtenus par des antibiotiques reconnus actuellement actifs sur le colibacille entéro-toxique.

1° - Traitement par la Néomycine

Parmi les 172 cas que nous rapportons, la néomycine fut utilisée 22 fois. Signalons tout de suite que les cures de ce médicament ont été très courtes : 4 jours en général. Si, employé de cette manière, ce médicament ne donne pas toutes ses possibilités, c'est probablement à la courte durée des cures que l'on doit l'absence d'observation de phénomènes néphrotiques.

- Nous avons obtenu 16 guérisons rapides cliniques et bactériologiques. Signalons que 2 rechutes furent observées mais avec des sérotypes différents.

8 de ces cas étaient dus à des infections à colibacilles 111 B 4, les 8 autres à d'autres sérotypes. La proportion importante de ces derniers n'est pas faite pour surprendre si l'on se rappelle qu'ils sont moins résistants à la néomycine que les colibacilles 111 B 4.

- Nous avons relevé 4 échecs : 1 clinique, 1 clinique et bactériologique, 2 bactériologiques.

- Deux décès. Mais il s'agissait d'une infection à colibacilles entéro-toxiques chez un mongolien et un hydrocéphale.

On peut donc chiffrer à 73 pour cent les résultats favorables obtenus avec cet antibiotique.

2° - Traitement par la Polymyxine

Bien que de nombreux auteurs obtiennent de réels succès avec cet antibiotique, nous ne l'avons pas utilisé très fréquemment. Nous n'avons pas observé les phénomènes néphrotoxiques rapportés par certains auteurs et qui se rapprochent de ceux qui compliquent un traitement prolongé par la néomycine (albuminurie et cylindrurie). La durée du traitement fut de 7 à 14 jours.

La Polymyxine fut utilisée 6 fois sans le moindre échec ni clinique ni bactériologique. Les selles furent négativées de 2 à 4 jours après le début du traitement.

3° - Traitement par l'association Néomycine-Polymyxine

4 fois nous avons utilisé cette association :

- Dans 2 observations nous avons obtenu de bons résultats.

- Une fois le résultat fut bon cliniquement mais on n'obtint pas la stérilisation des selles. Ici le traitement par la Polymyxine n'avait été que de 7 jours.

- Une fois un échec par récidive avec des germes différents et finalement décès.

4° - Traitement par la Colimycine

87 enfants furent traités par la Colimycine, tout d'abord seule (1 tiers des cas) puis associée à la Sulfaguanidine. Le traitement fut généralement long : en moyenne 10 à 15 jours pour la Colimycine (quelquefois cependant il fut beaucoup plus court). La Sulfaguanidine fut prescrite le plus souvent pendant six jours au début du traitement à des doses décroissantes de 3 grammes à 0,50 grammes.

- 74 guérisons rapides furent obtenues, très souvent plus rapide au point de vue clinique que bactériologique.

- Dans 10 observations nous avons observé des rechutes donc 5 furent guéries par la prolongation du traitement, les 5 autres avec des traitements différents ;

- 2 fois sous traitement préventif, nous avons noté l'apparition d'un colibacille entéro-toxique ; la prolongation du traitement a entraîné la guérison.

- Dans deux cas nous avons obtenu une négativation des selles mais sans amélioration clinique notable. La mise en perfusion intraveineuse a rapidement entraîné la guérison.

- Nous avons observé 3 échecs cliniques et bactériologiques.

- Six décès. Il s'agissait d'enfants hospitalisés pour états toxiques gravissimes avec surinfection par colibacilles entéro-toxiques sur un terrain très fragilisé.

Dans un cas, l'enfant a guéri de sa colibacillose intestinale mais est décédé par la suite de staphylococcie.

Le chiffre de résultats favorables s'élève donc à 87 %.

5° - Association Colimycine-Néomycine

38 cas ont été traités par cette association.

- Guérison rapide et définitive dans 26 observations ; les coprocultures sont devenues négatives en 2 à 13 jours (dont 20 fois à l'occasion du premier prélèvement pratiqué 2 à 9 jours après le début du traitement).

- 4 rechutes sont à signaler :

- Une fois après guérison et arrêt du traitement,
- 3 fois sous traitement ; la prolongation de ce dernier a entraîné une guérison définitive.

- Dans 3 cas, la néomycine a été associée secondairement à la Colimycine avec chaque fois résultat favorable.

- Au cours de 2 observations l'amélioration clinique a été longue et difficile. Un résultat satisfaisant n'a été obtenu que par l'association d'une perfusion intraveineuse.

- Un échec a été observé; malgré la stérilisation des selles,

et une amélioration clinique passagère, la guérison n'a pu être obtenue.

Par contre la mise en perfusion intraveineuse et l'association de Polymyxine et de Kamycine ont fait disparaître les signes pathologiques. La comparaison de ce cas avec les 2 précédents permet de penser que peut-être le même résultat aurait été obtenu par la seule perfusion intraveineuse.

Deux décès dont un survenu chez un enfant guéri de sa gastro entérite à colibacilles entéro-toxiques mais présentant des lésions cérébrales dégénératives et qui est mort au cours d'une apnée. Nous ne conterons pas ce dernier cas dans notre statistique.

Ici nous avons donc obtenu 94 % de succès.

6° - Thérapeutiques et Associations diverses

- Nous avons utilisé la Kamycine 4 fois. 2 fois elle a été le seul antibiotique utilisé. Dans 1 cas on lui a associé de la Polymyxine. Une fois enfin, de la Polymyxine et de la Néomycine.

Nous avons obtenu de bons résultats.

- 4 fois nous avons associé la Polymyxine et la Colimycine et 2 fois nous avons ajouté à cette association de la Néomycine.

Les résultats ont été très satisfaisants.

- Une fois après un traitement par la Colimycine, puis par la Néomycine, on n'empêcha pas l'apparition d'un état toxique qui évolua favorablement par la mise en perfusion et l'adjonction de Propiocine.

Dans un autre cas nous avons utilisé l'association Colimycine Sulfaguanidine Propiocine. L'adjonction de Propiocine a eu lieu après négativation des selles. Nous avons assisté à une rechute clinique sans colibacilles entéro-toxiques qui a évolué finalement favorablement après plusieurs perfusions intraveineuses.

- Une fois nous avons enregistré 1 échec de la Soframycine.

- Dans 4 cas il est impossible de conclure, tous les antibiotiques précédents ayant été utilisés successivement ou en association. Les 4 cas ont évolué favorablement.

7° - Conclusions

- La Néomycine nous est apparue comme un antibiotique ayant une bonne action sur les colibacilles autres que les colibacilles 111 B 4. Mais, contrairement à ce que d'autres auteurs ont observé, il a aussi été actif un certain nombre de fois sur ce sérotype.

- La Polymyxine isolée nous a toujours donné de bons résultats. Nous n'avons jamais observé le moindre signe d'intolérance . Cependant, le nombre de cas traités est trop restreint pour nous permettre une généralisation valable.

- L'association Polymyxine Néomycine ne nous a pas semblé particulièrement efficace, mais là encore nos observations sont trop peu nombreuses pour conclure de façon définitive.

- Nos résultats les plus interprétables concernent l'emploi de la Colimycine ; cet antibiotique, le plus fréquemment utilisé dans notre statistique l'a été avec 87 % de succès.

Certains auteurs ont signalé au cours d'une épidémie de colibacilles entéro-toxiques 127 B 8, une résistance progressivement croissante à l'antibiotique utilisé. L'adjonction de Sulfaguanidine sensibilisa à nouveau le colibacille toxique au traitement.

Nous avons souvent employé l'association de Sulfaguanidine et de Colimycine. Elle ne nous a pas donné de meilleurs résultats que la Colimycine isolée, mais elle peut, semble-t-il, prévenir ces phénomènes de résistance.

- Nous insistons par contre sur l'association Colimycine Néomycine qui parait la plus efficace. La Néomycine a été prescrite par cure de 4 jours (cure que l'on peut repren-

dre après quelques jours d'arrêts).

- On ne peut conclure ce chapitre sans rappeler quelques notions fondamentales :

La thérapeutique antibiotique n'est que l'un des aspects du traitement général des gastro-entérites à colibacilles entéro-toxiques tout au moins dans les formes sévères.

Elle ne saurait dispenser :

- d'un régime diététique et anti-diarrhéique (carottes, caroube, etc...) dans les formes banales.
- d'une mise au repos complète du tube digestif dans les formes graves avec réhydratation intraveineuse et reprise progressive de l'alimentation.
- d'un déchoquage rapide des enfants atteints de ces mêmes formes graves.

C'est aussi, à plus long terme, le problème du réensemencement de la flore intestinale normale souvent "bousculée" ou détruite par les antibiotiques.

- EN PRATIQUE :

Dès que l'on suspecte un colibacille toxique d'être à l'origine d'une gastro-entérite, il faut d'emblée pratiquer un double prélèvement de gorge et surtout de selles, traiter aussitôt l'enfant si des signes cliniques pathologiques sont retrouvés en utilisant soit la Colimycine seule dans les formes mineures soit l'association Colimycine Sulfaguanidine ou mieux, Colimycine Néomycine dans les formes plus graves.

L'enfant doit être immédiatement isolé et des précautions rigoureuses d'aseptie doivent être observées.

La notion de colibacille toxique étant établie on doit prévenir tout risque d'épidémie en collectivité par des prélèvements de selles systématiques.

Si les symptômes cliniques et surtout les troubles digestifs ne s'amendent pas en 48 heures il faut préciser la sensibilité du germe décelé aux divers antibiotiques dont on dispose.

Cette ligne de conduite permet à l'heure actuelle une guérison quasi constante des gastro-entérites à colibacilles entéro-toxiques ; elle doit éviter les états toxiques gravissimes survenant apres une infestation prolongée et prévenir toute rechute.

C O N C L U S I O N S

Une revue détaillée de 172 observations de gastro-entérites à colibacilles entéro-toxiques, portant sur un laps de temps de 3 ans nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Les colibacilles entéro-toxiques sont à l'origine d'un nombre important de gastro-entérites du nourrisson.

- Elles se développent essentiellement dans les collectivités (crèches, pouponnières...) ; ce fait s'expliquant par l'extrême contagiosité de ces germes.

- Le sérotype le plus fréquemment rencontré est le colibacille entéro-toxique 111 B 4.

- Les colibacilles toxiques réalisent en clinique des tableaux très différents : porteur de germes, gastro-entérite banale, déshydratation simple, état toxique gravissime.

- La thérapeutique, basée sur une étroite collaboration clinique et bactériologique, utilise des antibiotiques d'action rapide et élective (Colimycine - Néomycine).

A ce traitement s'associent dans les formes graves la mise au repos du tube digestif par la réhydratation intraveineuse et la lutte contre le choc et le collapsus.

Ce schéma thérapeutique a véritablement transformé le pronostic de ces gastro-entérites à colibacilles entéro-toxiques qui dans l'immense majorité des cas évoluent rapidement vers une guérison définitive.

Vu :
Le Président
SOREL

Vu :
Le Doyen
LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 16 Juin 1961

Le Recteur,
Président du Conseil
de l'Université,

DOTTIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - BOULEZ, COURTIEU, BOTTE - Ann. de pédiatrie 14 Mars 1958 p. 9 461 p. 181.

2 - BRETON, GAUDIER, PONTE - Arch. f. de pédiatrie. Tome XV n° 9 - 1958 pp. 1230-1233.

3 - BRULLARD - Thèse Paris 1959.

4 - CARIAGE - La Méd. 40, Janvier 1959, n° 6, p. 7.

5 - DALOUS et Coll. - Toulouse Méd. Janvier 1959, 61, 13.

6 - DEMOULINS, de RUDDER, MALCHAIR - Acta. paediat. Belgica, 14, 2, 1960, p. 80.

7 - ENJALBERT - Perugia 1-2-3 maggio 1959.

8 - HAMZA, HUET, JEDIDI - Tunisie Méd. Avril 1960, 38 p. 233.

9 - HAZIZA - Thèse Toulouse Avril 1959.

10 - LELONG - Sem. des H. (pédiatrie), 33, 47, 2.913-2.949.

11 - MOUNET - Le Nourrisson Mai-Juin 1959, 47, 51.

12 - NEDIR - Arch. Méd. Chir. de Normandie Juin-Juillet 1959 n° 89, p. 445.

13 - ROBERTS, WOODGER - Scot. Med. Mai 1959 4, n° 5, 228-231.

14 - RUF - Thèse Paris 1958.

15 - SACREZ, LEVY, MINCK, POIRIER - Arch. f. de pédiatrie. Tome XV 1958, pp. 1204-1212.

16 - SERINGUE, HALLEZ, COURTHIEU - Sem. des H. (pédiatrie) 1960, 36, 42, p. 2.329.

17 - VERGER, BENTEGEAT, MARC - Journ. Méd. Bord. 8 août 1959, p. 932.

18 - WEILL, BARNCH, COSTIN - Arch. f. de pédiatrie Tome XV n° 9 L 958 pp. 1227-1230.

19 - WILLEMIN, CLOY, MENUT - Jour. méd.-chir. Prat 1958, 14, 640.